

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 29

Les gastrectomies difficiles

(Valeur de la gastrectomie
transpylorique préalable)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Décembre 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger BESCH

Né le 10 Avril 1913, à LONGWY (Meurthe-et-Moselle)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1941

BESCH (Roger)

Les gastrectomies difficiles.

(Valeur de la gastrectomie transpylorique préalable).

Lyon, Bosc Fr. & L. Riou, 1941.

In-8, 120 p., 4 planches hors-texte.

(*Thèse de Médecine, Lyon 1941-42, n° 29*).

BESCH (Roger)

Les gastrectomies difficiles.

(Valeur de la gastrectomie transpylorique préalable).

Lyon, Bosc Fr. & L. Riou, 1941.

In-8, 120 p., 4 planches hors-texte.

(*Thèse de Médecine, Lyon 1941-42, n° 29*).

BESCH (Roger)

Les gastrectomies difficiles.

(Valeur de la gastrectomie transpylorique préalable).

Lyon, Bosc Fr. & L. Riou, 1941.

In-8, 120 p., 4 planches hors-texte.

(*Thèse de Médecine, Lyon 1941-42, n° 29*).

BESCH (Roger)

Les gastrectomies difficiles.

(Valeur de la gastrectomie transpylorique préalable).

Lyon, Bosc Fr. & L. Riou, 1941.

In-8, 120 p., 4 planches hors-texte.

(*Thèse de Médecine, Lyon 1941-42, n° 29*).

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 29

Les gastrectomies difficiles

(Valeur de la gastrectomie
transpylorique préalable)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Décembre 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger BESCH

Né le 10 Avril 1913, à LONGWY (Meurthe-et-Moselle)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1941

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 29

Les gastrectomies difficiles

(Valeur de la gastrectomie
transpylorique préalable)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Décembre 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger BESCH

Né le 10 Avril 1913, à LONGWY (Meurthe-et-Moselle)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1941

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET,
BERARD, COURMONT, GUIART, PIERY, VORON, CADE, THEVENOT Léon.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
	PATEL.
	SANTY.
	X...
Clinique obstétricale et Accouchements	BONNET.
Clinique ophtalmologique	FAVRE.
Clinique dermatologique et syphiligraphique	LEPINE J.
Clinique neurologique et psychiatrique	MOURIQUAND.
Clinique médicale infantile	COTTE.
Clinique gynécologique	REBATTU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	CIBERT.
Clinique urologique	TAVERNIER.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DUFOURT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	CHALIER J.
Clinique des maladies infectieuses	PONTHUS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	FLORENCE.
Chimie biologique et médicale	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie	MANCEAU.
Matière médicale et Botanique	GARIN.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET.
Anatomie	POLICARD.
Histologie	HERMANN.
Physiologie	CORDIER.
Pathologie interne	X...
Pathologie générale et thérapeutique	MARTIN J.-F.
Anatomie pathologique	SANTY.
Chirurgie opératoire	ARLOING (F.).
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	MAZEL.
Médecine légale	ROCHAIX.
Hygiène	LEULIER.
Pharmacie et Pharmacologie	GATE.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Embryologie	M. NOEL.
---------------------------------------	----------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	P. RAVAU	CLAVEL	FROMENT (R.).
CHAMBON	PIGEAUD	IEVRAT	MARTIN (P.-E.).
REVOL	CROIZAT	PANSSILLON	MOUNIER-KUHN
ENSELME	DELORE	MALLET-GUY	BROUSSY
SEDALLIAN	JOSSERAND	ROMAN	PIEFAULT
CREYSSEL	MORIN	PEYCELON	
DE ROUGEMONT	BERTRAND	JOURDAN	



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. SANTY, président ; CLAVEL, assesseurs.
BERTRAND et MALLET-GUY.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MES GRANDS - PARENTS

A MA MERE ET A MON PERE

Avec toute ma reconnaissance et
ma profonde affection.

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
Morts pour la Patrie pendant la guerre 1939-40.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur SANTY
Professeur de Clinique chirurgicale

Nous avons admiré la justesse de son esprit et la clarté de son enseignement, en même temps que nous apprécions sa grande bonté.

Nous n'oublierons jamais ce que nous lui devons. Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de présider notre jury de thèse et nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre respectueuse et bien sincère affection.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur Agrégé Pierre BERTRAND

Monsieur le Professeur Agrégé CLAVEL

Monsieur le Professeur Agrégé MALLET-GUY

A Monsieur le Docteur Pierre COLSON

Nous tenons à le remercier ici des nombreuses marques de sympathie qu'il nous a témoignées au cours de notre séjour à Lyon.

Nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de nos sentiments les plus respectueux et de notre vive reconnaissance.

LES GASTRECTOMIES DIFFICILES

INTRODUCTION

Le problème actuel de la thérapeutique chirurgicale de l'ulcère gastrique est nettement orienté vers la gastrectomie suffisamment large. Bon nombre d'auteurs sont depuis longtemps déjà partisans de l'exérèse de l'ulcère. C'est ainsi qu'après son Maître X. DELORE, M. le Professeur SANTY écrivait en 1922 : « L'exérèse des ulcères chroniques de l'estomac devient chaque jour davantage, la méthode de choix en matière de thérapeutique de ces lésions ». La même année, A. DEAN BEVAN, de Chicago, dans un article consacré à la valeur relative au traitement médical et chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum, comparait l'ulcère de l'estomac à un ulcère variqueux et concluait en ces termes « les vieux ulcères calleux ne guérissent pas tout comme à la jambe, d'où nécessité d'exérèse ». En effet, si la guérison médicale de l'ulcère chronique est possible puisqu'au cours d'opérations ou d'autopsies on trouve des cicatrices ayant déterminé ou non des sténoses, ce processus est exceptionnel. Les ulcères chroniques n'ont que peu tendance à la guérison, et le plus souvent évoluent par poussées successives étalées sur

plusieurs années. Ce qui donne l'illusion de la guérison de l'ulcère, c'est son évolution clinique par crises paroxystiques. Si en période de calme, on fait une laparotomie, on trouve l'ulcère encore en activité, bien que le sujet n'éprouve aucun trouble dyspeptique.

La gastrectomie envisagée actuellement ne vise pas seulement à enlever l'ulcère, mais à guérir, par réduction de l'acidité, la maladie ulcéreuse.

1° *L'ablation de l'ulcère est une condition.* En effet, l'ulcère est une lésion évolutive susceptible de donner naissance à des complications par hémorragies, perforations, dégénérescence néoplasique. Pour Victor PAUCHET, huit fois sur dix, le cancer stomacal est greffé sur un vieil ulcère gastrique. PAUCHET prétend avec Moynihan, que le traitement chirurgical est plus efficace et plus bénin que le traitement médical « car, si celui-ci ne tue pas le malade, il le laisse souvent mourir ». DELORE, MALLET-GUY et VACHEY disaient dans un article au sujet de la résection dans les ulcères adhérents de la petite courbure « le meilleur traitement du cancer thyroïdien étant la suppression préventive du goître, de même, la résection des ulcères chroniques de l'estomac, constitue pratiquement, quelle que soit l'hypothèse pathogénique envisagée à l'égard de l'ulcéro-cancer, le meilleur traitement du cancer gastrique ». Il faut donc considérer l'ablation de l'ulcère comme un traitement préventif du cancer gastrique.

2° *La réduction de l'acidité* sera réalisée en faisant une résection suffisamment large de la région antro-

pylorique. En effet, l'hyperchlorhydrie est le facteur le plus habituellement reconnu de l'ulcère gastrique. La délimitation macroscopique de cette résection est impossible à faire, elle varie avec les différents sujets et aucun procédé ne permet de délimiter la zone basique. Cette réduction de l'acidité a une valeur confirmée ; en effet, la plupart des ulcères peptiques qui surviennent après gastrectomie sont le fait d'une exérèse insuffisamment large. Cependant, il ne faudrait pas aller, comme l'ont proposé certains auteurs, jusqu'à la gastrectomie pour réduction de l'acidité sans chercher à faire l'ablation de l'ulcère.

Ainsi comprise, la gastrectomie est le traitement de choix de l'ulcère gastrique car les statistiques actuelles nous permettent de dire que c'est une intervention bénigne.

MAIS LA GASTRECTOMIE EST-ELLE TOUJOURS POSSIBLE ?

Il existe tout d'abord des difficultés inhérentes à la *situation de l'ulcère*. Ce sera l'ulcus haut situé ou juxta-cardiaque qui a pu se définir de façon anatomique ; c'est ainsi que GUÉRIN, élève de DELORE, propose dans sa thèse, de réserver le nom d'ulcus juxta-cardiaque de l'estomac aux ulcères dont le champ d'action est limité en haut par le cardia, en bas par une ligne fictive partant de la petite courbure, à la partie supérieure de la convexité. Cette définition a été reprise par Raoul NOVARRO. De tels ulcères sont difficilement traités puisque DELORE n'a pu réaliser de résection de l'ulcère que 4 fois sur 12. D'autres auteurs,

remarquant qu'en réalité seule compte au point de vue opératoire, la limite supérieure de la lésion, admettent que l'exérèse est possible toutes les fois que l'on peut conserver au-dessous de l'œsophage une certaine quantité de paroi gastrique saine appréciation difficile, et qui, pour certains auteurs, comme TOUPET, réclame la gastrostomie préalable. Ainsi, se basant sur cette notion des possibilités chirurgicales, MONSAINJEON, dans sa thèse, admet comme ulcère juxtacardiaque ceux qui semblent conduire le chirurgien à la gastrectomie totale, ce qui n'est pas de réalisation fréquente. Peu d'auteurs, il est vrai, ont pu réaliser cette intervention, mais on peut en trouver des observations publiées par différents auteurs et tout récemment par M. le Professeur SANTY.

En second lieu aux difficultés inhérentes à la situation de l'ulcère, et qui sont estimées différemment, suivant le chirurgien s'ajoutent *l'étendue de l'ulcère* et surtout *l'inflammation péri-ulcéreuse*. Ces conditions locales mettent le chirurgien dans l'impossibilité d'assurer la sécurité des sutures. Cette difficulté intervient au maximum pour l'ulcère de la petite courbure haut située.

En troisième lieu ce sera le *mauvais état général* du malade, conséquence de la douleur, qui provoque de l'insomnie, de l'hypoalimentation, des hémorragies, de l'inanition et enfin de troubles humoraux dont la gravité peut parfois rester insoupçonnée.

En effet, ces malades souffrent depuis de longues années et pour calmer leurs douleurs ils s'imposent des restrictions considérables qui en font des cachec-

tiques extrêmes dont l'amaigrissement peut aller jusqu'à peser 30 kgs. Ils ont perdu tout sommeil et ne pouvant plus trouver un repos réparateur, sont obligés d'interrompre leur travail ou leurs habitudes. A l'examen clinique, ce sont des anémiques graves avec pâleur des muqueuses, œdème malléolaire. Si l'on recherche le temps de coagulation celui-ci est retardé, la formule sanguine montre une diminution considérable des globules rouges. Un examen plus approfondi de la valeur fonctionnelle des différents organes mettrait en évidence une insuffisance considérable.

Il faut donc, chez de tels malades si l'on veut réaliser une intervention dans les meilleures conditions, trouver une méthode chirurgicale aussi bénigne que possible.

Pour résoudre ce problème, M. le Professeur SANTY a proposé depuis 1920 et l'a pratiqué chez onze malade, la mise au repos complet de l'estomac par l'alimentation prolongée à l'aide d'une sonde duodénale transpylorique. Ce n'est que après deux ou trois mois, quelquefois davantage, de cette mise au repos, lorsque l'état général s'est relevé, les clichés radiologiques montrant l'amélioration des lésions, la diminution notable, ou la disparition des déformations et de la niche, qu'il accepte de réintervenir et de pratiquer la gastrectomie. Cette façon de faire ne peut être appliquée que dans un milieu hospitalier, car, comme nous le verrons dans les chapitres suivants, pour que l'alimentation duodénale soit tolérée et puisse, de ce fait, être continuée longtemps, il est in-

dispensable d'observer certaines règles, dont la plus importante est l'alimentation goutte à goutte presque continue. Ainsi comprise l'alimentation à la sonde duodénale introduite par voie transpylorique est parfaitement supportée permet la reprise de poids chez les malades et améliore leur état général en même temps qu'elle modifie favorablement l'état des lésions locales.

Nous rapportons 17 observations de malades ainsi traités que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Santy, M. le Professeur agrégé Mallet-Guy et à M. le Docteur Pierre Colson. Toutes tentatives d'exérèse avant l'alimentation duodénale auraient exposé ces malades à des risques dont ils étaient incapables de faire les frais c'est du moins ce qu'estime M. Santy en disant : « Nous croyons donc que malgré les progrès réalisés dans tous les domaines de la gastrectomie pour ulcères étendus, il est encore nécessaire de diviser les risques pour les plus graves d'entre eux, et malgré les quelques inconvénients inhérents à une méthode qui exige du temps et des soins spéciaux, l'alimentation duodénale apparaît comme le plus sûr moyen d'abaisser la mortalité dans ces exérèses difficiles ». Cette façon de faire dont M. le Professeur Santy est l'innovateur, présente de nombreux avantages que nous nous efforcerons de mettre en évidence au cours de ce modeste travail.

Nous voudrions tout d'abord exprimer toute notre reconnaissance à notre Maître, M. le Professeur Santy, qui nous a fait l'honneur de nous confier ce travail et qui a bien voulu nous faire bénéficier de sa grande

expérience en chirurgie gastrique. Qu'il nous soit permis, d'autre part, de remercier M. le Docteur Pierre Colson, qui nous a grandement aidé à élucider ce travail.

Nous nous proposons, dans un chapitre premier, de faire l'étude après un court historique, des méthodes actuelles de mise au repos de l'estomac. En second lieu, nous envisagerons la gastrostomie transpylorique, son but, sa technique, ses indications. Le troisième chapitre aura pour objet l'étude des différentes techniques de gastrectomie. En quatrième lieu nous publions les observations dont nous ferons l'étude dans un cinquième chapitre consacré à la valeur de la méthode.

CHAPITRE PREMIER

LA MISE AU REPOS DE L'ESTOMAC

Le traitement proposé par M. le Professeur Santy et que nous voulons étudier au cours des chapitres suivants comporte deux temps.

- l'alimentation duodénale pour mise au repos de l'estomac;
- la gastrectomie.

Historique

La mise au repos de l'estomac avait été préconisée par Cruveilhier dès 1836. L'auteur en avait, dès cette époque, posé l'indication absolue mais se trouvait devant l'impossibilité absolue de sa réalisation, tant médicale que chirurgicale.

« Que ferions-nous, dit-il, si nous avions à traiter à l'extérieur un ulcère simple, tendant à la guérison, et qui ne serait entretenu que par une irritation purement locale ? Rien autre chose que de condamner au repos l'organe malade, et le soustraire à toutes les causes locales d'irritation. » « Mais, ajoute-t-il, si le repos de l'estomac peut être absolu, quant aux médi-

caments, il ne saurait l'être quant à l'alimentation. Le repos de l'estomac, c'est la diète; le régime, c'est un choix et une quantité d'aliments qui soient en rapport avec les intérêts de l'estomac, et qui passent pour ainsi dire, inaperçus.

« Le régime lacté, voilà le grand moyen de guérison de l'ulcère simple de l'estomac ».

Les successeurs Williams, Donkin, devaient aller plus loin, et préconiser la suppression absolue de l'alimentation buccale. Ils ne le firent, d'abord, que dans la conviction de pouvoir alimenter suffisamment l'organisme, par une autre voie : intestinale ou cutanée. Cette alimentation extragastrique sauf, comme l'a montré l'expérience pour l'eau, les sels et le sucre, n'est que de médiocre secours. En réalité, avec les moyens dont on disposait à cette époque, la cure de repos stomacal absolue est toujours une cure d'inanition relative, parfois plus dissimulée qu'amendée par l'emploi de lavements nutritifs, ou pour parler plus exactement, une diète hydrique. On peut évaluer à six semaines au maximum, la durée de la résistance probable, mais il serait imprudent d'approcher cette limite. PASTEUR a pu maintenir sans inconvénient la diète absolue des ulcères, corrigée par de simples lavements aqueux pendant trois semaines. Il n'y a donc pas d'impossibilité à utiliser pendant quelques jours une telle diète; mais n'y a-t-il pas moyen d'atténuer la dénutrition qui en résulte, et qui, par répercussion sur l'état général du sujet, rendra l'intervention encore plus précaire ?

L'alimentation sous-cutanée, dont MENZEL et PERKO,

en 1869, d'après LEUBE, sont les innovateurs, KARST en 1875, de KRUG la même année, de WITTHAKER en 1876, en firent avec succès les premières applications au traitement de l'ulcère gastrique. En 1879 PICK, LEUBE en 1895, von LEYDEN en 1903, ont fait de très intéressantes recherches sur cette méthode. Il en résulte que, seule, l'alimentation par l'eau et les sels est possible. Les hydrates de carbone et le glucose sont facilement absorbés alors que les graisses le sont très lentement. Quant aux matières albuminoïdes, elles provoquent de l'albuminurie et de la cylindrurie que ce soient peptones, albumoses ou albumines naturelles.

SCHMIDT et MEYER ont préconisé, en 1905, l'alimentation péritonéale qui est sans intérêt. L'alimentation rectale enfin, mal supportée par le malade, surtout pendant un certain temps, ne peut être retenue.

Réalisation médicale

1° ALIMENTATION DUODÉNALE.

Il faut arriver en 1919, année où EINHORN publiait la première statistique d'une observation personnelle, portant sur 315 cas d'ulcères traités par la sonde duodénale à demeure, résultats d'un traitement appliqué de 1915 à 1929. Les résultats obtenus furent excellents: 90 % de guérison clinique et radiologique. Plus tard, ce même auteur donnait une nouvelle statistique de 245 ulcères dont 24 juxta cardiaques. Sauf dans 4 cas divers, il obtint des résultats immédiats et satisfai-

sants. L'auteur fait remarquer qu'il faut injecter souvent de très petites quantités de liquide : du lait, des jaunes d'œufs par exemple, pour ne pas surcharger le segment duodénal et éviter une régurgitation gastrique par antipéristaltisme duodénal. Pour répondre à un défi de Moynihan, Einhorn, le 6 décembre 1922, a réuni 12 cas d'ulcères gastriques ou duodénaux, qu'il a pu observer de 1921 à 1922, dans lesquels l'examen radiographique avait montré des déformations typiques et qui ont pu être examinés radiologiquement après traitement médical. Sous l'influence du traitement, on a constaté non seulement une amélioration, mais encore des changements considérables de l'image radiographique.

Enfin, en septembre 1926, dans un article intitulé : « Le traitement des ulcères gastriques et duodénaux », Einhorn limite son étude à des ulcères pénétrants — ulcères avec niche et calleux — et des estomacs biloculaires qu'il a traités par son tubage duodénal et pour lesquels il a obtenu par cette méthode, des résultats durables. Einhorn estime à 10 ou 20 % les récurrences d'ulcères après son traitement. Celui-ci consiste à mettre l'estomac et la première portion du duodénum au repos absolu par tubage duodénal. L'alimentation doit être donnée souvent, lentement, et par petites quantités. L'auteur a modifié ce traitement par la suite, en complétant l'alimentation par la sonde, par l'absorption par voie buccale de belladone et de poudres alcalines. Le malade devait garder le repos au lit et ce traitement ne durait que 15 jours. A la suite des publications d'Einhorn la méthode fut uti-

lisée par A. Costa au Portugal en 1931, par G. Raffaële en Italie en 1935, René Damade en France, en 1926.

René Damade a institué le traitement pour un ulcère de la petite courbure, avec niche volumineuse. Le traitement a consisté en une alimentation duodénale qui a amené la disparition d'une volumineuse niche de Haudeck et la guérison de symptômes fonctionnels. L'auteur institue le régime suivant, 4 fois par 24 heures :

250 gr. de lait sucré + jaune d'œuf;

3 fois par 24 heures : bouillie maltée 250 gr.;

40 cc. d'eau bouillie tiède après chaque repas.

La sonde est laissée en place pendant 25 jours. Pour éviter la constipation, on instille tous les deux ou trois jours, le matin, au réveil, 20 cc. de sulfate de magnésie à 30 % dans la sonde.

La guérison du malade ainsi traité, remonte à 9 mois.

Comme nous le voyons, la sonde duodénale a été utilisée en Amérique, au Portugal, en France et en Italie, par différents auteurs, qui ont obtenu des résultats satisfaisants. Les résultats ne sont cependant favorables que pour l'immédiat. En effet, si nous reprenons la statistique d'Einhorn publiée en 1926, s'il n'y a eu aucun décès, il a cependant fallu réintervenir dans un certain nombre de cas.

Les travaux de Garin, Froment, Anic et Delorme, sur la sécrétion gastrique, montrent que celle-ci peut être déclenchée par la simple présence dans la bouche et les voies digestives supérieures du malade, de

la sonde d'Einhorn. Cette sécrétion serait due en grande partie, à un réflexe à point de départ au niveau des voies respiratoires supérieures, comme l'ont étudié ces auteurs, dans une précédente communication. Cette sécrétion gastrique par voie réflexe, oblige les partisans de cette méthode à administrer à leur malade de la belladone et des poudres ou boissons alcalines par la bouche.

2° ALIMENTATION JÉJUNALE.

Ces reproches faits à la méthode d'Einhorn, ainsi que le reflux partiel des aliments dans l'estomac, l'excitation réflexe de la muqueuse gastrique par le contact des aliments et du duodénum, ont incité certains auteurs à pratiquer l'alimentation jéjunale.

En Amérique, M. L. Bockus, de Philadelphie, préconise, en 1924, une nouvelle méthode de traitement médical de l'ulcère. Il utilise, pour ce faire, l'alimentation jéjunale par sonde, en administrant à son malade des alcalins par voie buccale, toutes les deux heures, dans l'intervalle des repas, au lieu de trois fois par jour, comme le prescrivait Einhorn. En outre, il insiste sur le fait, qu'après l'ablation de la sonde, le retour à la normale doit se faire progressivement.

D'après Dobri Dimoff, l'alimentation jéjunale est un perfectionnement de la technique mise au point par Einhorn. Elle évite, en effet, le reflux partiel des aliments dans l'estomac, l'excitation par voie réflexe de la sécrétion gastrique, par le contact des aliments et du duodénum.

« L'alimentation jéjunale met donc plus complètement l'estomac au repos ».

L'auteur insiste sur la technique de l'alimentation par la sonde. Le repas doit être homogène, administré à 37° avec lenteur, de façon à éviter des crises vagues douloureuses, conséquence du spasme intestinal. La cure durera de trois semaines à trente jours, le malade au lit.

L'alimentation non modifiée pendant les 3 ou 4 premiers jours qui suivent la suppression de la sonde, on reprend peu à peu, en vingt jours, l'alimentation normale.

Brown, de Chicago, publie une statistique de 1.124 cas avec 70 pour cent de guérison, 10 pour cent d'amélioration et 20 pour cent d'échec.

En Allemagne, Heinrichs M., en mars 1937, objecte lui aussi, à la méthode d'Einhorn, que la bouillie reflue partiellement dans l'estomac, que la sécrétion gastrique est exécutée par voie réflexe et que la sonde pourrait, par le contact prolongé, provoquer des hémorragies. Il remarque que cette méthode n'a pas été très employée. Il préfère la sonde jéjunale tout comme M. L. Bockus, Dobri Dimoff, qui, à son avis, met mieux l'estomac au repos. Il utilise, pour ce faire, une sonde très fine, dite de Henning, introduite par le nez jusqu'à 110 cm. à 130 cm. La bouillie nutritive est injectée par fraction de 150 cc. à 250 cc. toutes les une ou deux heures comportant essentiellement du lait, des œufs du beurre. Heinrichs ajoute des ferments pancréatiques, de la pepsine, du sucre, et du jus de ci-

tron. La durée de cette cure est de 15 à 20 jours, suivant les auteurs.

L'inconvénient réside dans des crises de vagotomie avec coliques, nausées, angoisses, palpitations, oppression, pâleurs avec crises sudorales, asthénie profonde et subite. Ces crises sont calmées par l'atropine.

Heinrichs préconise ce traitement pour les ulcères gastriques et duodénaux. Les douleurs sont soulagées rapidement, la gastrite concomitante s'améliore, mais le traitement n'empêche pas la récurrence.

Nous croyons qu'avec les travaux de Seidl de Vienne, les hémorragies causées par la sonde d'Einhorn peuvent être rejetées. En effet, cet auteur, dans un article, publié en 1920, une statistique de 70 malades chez lesquels il a utilisé la sonde d'Einhorn de 1 m. à 1 m. 50 de long, déglutie de 90 cm., pour tubages duodénaux, aucun de ces malades n'a été blessé par la sonde.

Enfin, Finochetto et Zavaleta, dans la *Revista Medica latino americana*, en mars 1937, dans un article sur les ulcères haut situés de l'estomac, conseillent, avant d'opérer, dans les cas particulièrement difficiles, le traitement médical basé sur l'alimentation jéjunale prolongée. Ces auteurs soulignent les difficultés du diagnostic, en ce qui concerne la position d'un ulcère haut situé juxta cardiaque.

On peut reprocher à l'alimentation jéjunale le fait que les aliments ne sont pas entièrement digérés et qu'il arrive de les retrouver dans les selles des malades ainsi traités tout au moins au début. La reprise de poids est rare, les malades continuent le plus sou-

vent à maigrir. A la longue peut se produire une adaptation, mais le but poursuivi est un résultat palpable immédiat.

Quoi qu'il en soit, l'alimentation duodénale ou jéjunale par sonde a une influence manifeste et peut amener la guérison définitive dans le cas d'ulcères aigus où la muqueuse gastrique est seule atteinte. Il n'en est pas de même pour la guérison des ulcères invétérés qui ne peut être que temporaire.

CHAPITRE II

LA GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE

M. le Professeur Santy, se basant sur les résultats obtenus à l'aide de l'alimentation duodénale ou jéjunale, réalisée par la sonde d'Einhorn ou de Heinrichs eut l'idée de réaliser la gastrostomie transpylorique, dont le but est le relèvement de l'état général du malade en permettant une alimentation suffisante, la mise au repos de l'estomac. Profitant de l'amélioration des lésions et de l'état général du malade, on pourra ensuite en arriver à la gastrectomie.

I. — Technique de la gastrostomie transpylorique

I. — SOINS OPÉRATOIRES.

La préparation du malade sera celle de tout sujet déshydraté, c'est-à-dire qu'on lui fera du sérum intra-veineux, intra-musculaire et sous-cutané. On pratiquera la désinfection de la cavité buccale et du rhinopharynx. Pendant la saison des gripes on désinfectera les bronches par des piqûres d'eucalyptine et on y ajoutera la révulsion ainsi que des toni-cardiaques,

si besoin est. Il sera inutile de laver l'estomac, puisqu'en principe, les ulcères qui nous intéressent ne provoquent pas de sténose du pylore.

II. — ANESTHÉSIE LOCALE :

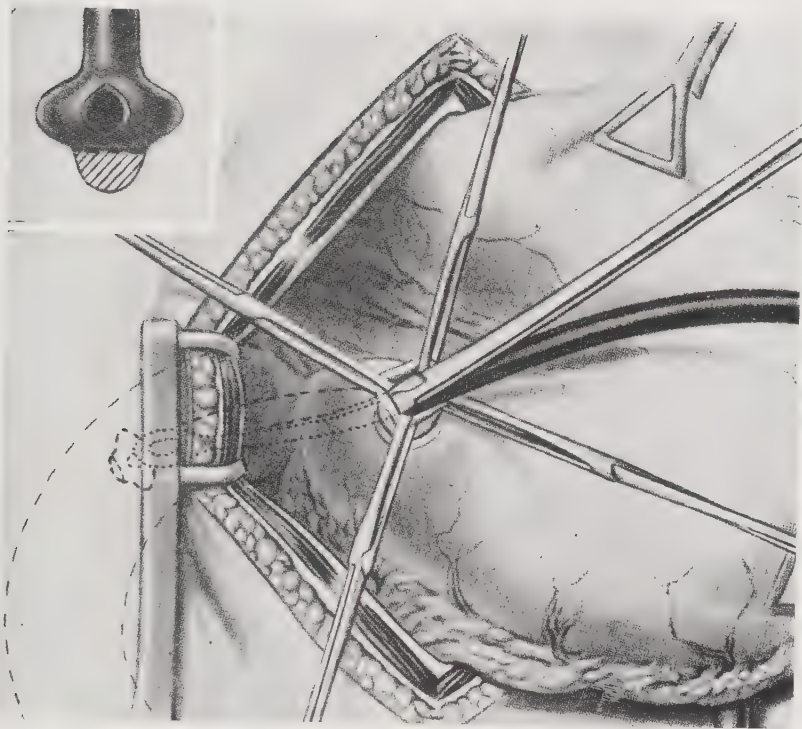
Elle sera précédée de scophédal. Ce mode d'anesthésie est suffisant pour de telles interventions et permet une exploration satisfaisante de l'estomac et du duodénum. Cette anesthésie sera d'une durée suffisante pour permettre au chirurgien de réaliser une gastrostomie ou une gastro-entéro-anastomose, intervention beaucoup plus longue et plus douloureuse qui nécessite une infiltration des muscles grands droits. En plus de ces avantages techniques, cette anesthésie est très bien supportée par le malade quel que soit son état général.

III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE PROPREMENT DITE :

La position est celle de tout malade devant subir une intervention sur l'estomac.

1° *L'incision* se fera médiane et sus-ombilicale. Elle donnera un jour suffisant sur l'estomac et l'étage sus-mésocolique. Elle aura pour avantage de sectionner l'aponévrose des droits et de ce fait n'intéressant pas les muscles, d'être moins hémorragique. Cette façon de faire présente un inconvénient celui de la suppuration qui est relativement fréquente au niveau de l'orifice de la sonde et qui aura pour conséquence éloignée une petite éventration à ce niveau.

2° *L'exploration* pourra être faite facilement et



ainsi le chirurgien avant de prendre la décision d'une gastrectomie en deux temps, se rendra compte de la concordance entre les constatations manuelles et visuelles et de celles fournies par la radiographie. La gastrostomie, en effet, ne doit jamais être faite *a priori*.

3° *Ouverture de la cavité gastrique et mise en place de la sonde* (voir fig. ci-contre).

L'estomac extériorisé au cours de l'exploration, on circonscrit avec 4 pinces à dents de souris ou de Tuffier, un petit losange situé à la face antérieure de l'antra pylorique à deux ou trois travers de doigt du pylore et à égale distance des deux bords gastriques. Ce losange, ainsi circonscrit, est relevé légèrement et bien tendu par l'intermédiaire de ces quatre pinces.

On fera tout d'abord un premier surjet au milieu de ce losange. Au centre de la boucle, on pratique au bistouri simple ou au bistouri électrique, l'incision des différentes parois, puis on soulève le cône muqueux. Après l'incision de la muqueuse, on introduit la sonde à l'aide d'une pince languette demi-courbe, qui aura pour but de la diriger vers la région pyloro-duodénale et de lui faire franchir le pylore. Il faut contrôler la mise en place de la sonde au palper.

4° *L'enfouissement* de la sonde se fera suivant le procédé classique de Fontan, le procédé de Witzel n'étant pas indispensable pour obtenir une bouche continente ou l'étoffe dont le chirurgien dispose.

5° *La fixation de l'estomac* à la paroi n'a rien de particulier. Quatre points en V au fil de lin fixent l'es-

tomac au feuillet postérieur de la gaine du grand droit. Le reste de cette couche aponévrotique est fixé au catgut simple ou chromé. On procédera de la même façon pour le feuillet antérieur de la gaine.

6° *Fermeture de la paroi* : aux crins. Une fois la paroi suturée, on fixe la sonde à la peau à l'aide d'un morceau de leucoplaste et on bouche son orifice avec un fausset en bois. Quelques compresses de gaze sont fixées par du leucoplaste au travers duquel passe la sonde.

7° Avant de quitter le malade le chirurgien doit s'assurer du bon fonctionnement de la sonde. Pour ce faire, on essaye de faire passer une petite quantité d'eau distillée. Si celle-ci ne passe pas dans la sonde, c'est que celle-ci est bouchée ou qu'elle a été trop serrée au moment de l'enfouissement.

IV. — SUITES OPÉRATOIRES.

Les soins seront les mêmes qu'avant l'opération, d'ailleurs les suites opératoires sont généralement simples. Il faudra alimenter rapidement le malade à l'aide de la sonde et suivant le procédé décrit précédemment.

Il faudra néanmoins, surveiller :

a) que la sonde soit bien en place dans le duodénum, et ce, à l'aide d'un contrôle radioscopique après instillation dans la sonde et avec une seringue, de bouillie barytée.

b) que la *sonde n'échappe*, et pour ce faire, prendre certaines précautions : contrôler le pansement qui la fixe, et éviter les tiraillements au cours des repas. Le malade devra lui-même prendre part à ces précautions. Si la sonde tombe on procédera à sa remise en place de la façon suivante : on dispose d'un introducteur métallique souple à grande courbure, analogue à l'explorateur des voies biliaires. Sur cet introducteur, on fixe une sonde de Petzer. L'ensemble, introduit par l'orifice de gastrostomie, est guidé le long de la petite courbure de l'estomac en haut et à droite. Le franchissement du pylore donne habituellement à la main l'impression d'une résistance vaincue. Il faut alors retirer l'introducteur en maintenant la sonde, ce qui constitue évidemment le temps un peu délicat de cette manœuvre. Enfin, et pour vérifier l'exacte introduction de la sonde, on injecte quelques gouttes de lipiodol dont on vérifie immédiatement sous écran l'arrivée dans le duodénum.

c) que la *sonde soit en bon état*. Sa désintégration oblige de réséquer la partie abimée, si bien qu'au bout d'un certain temps, sa longueur extérieure n'est plus suffisante pour permettre l'alimentation. Pour éviter cette usure de la sonde, on ajuste un raccord en verre sur lequel on fixe une autre sonde, qui pourra être remplacée après usure.

II. — Les indications

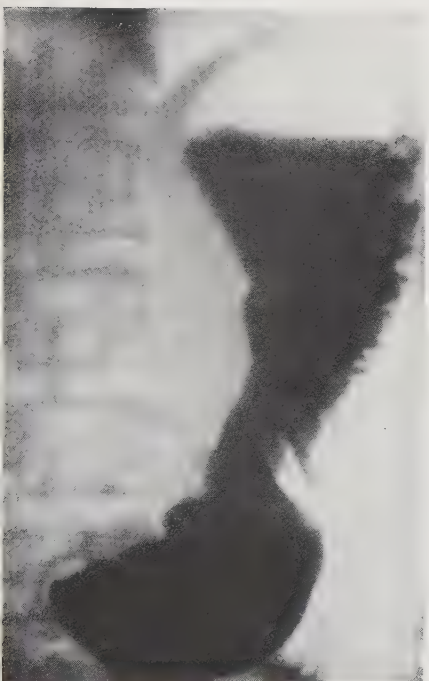
La gastrostomie transpylorique n'est pas, comme l'ont dit dans leur thèse Hugnery et Lazar Meir une

variété de gastrostomie. Elle répond à un but précis qui est l'alimentation duodénale et présente des avantages d'ordre technique et physiologique sur les méthodes d'alimentation par sonde introduite par voie buccale d'une part, sur la duodénostomie et la jéjunostomie d'autre part.

Tout d'abord, la sonde duodénale transpylorique, introduite après gastrostomie, obvie aux reproches que l'on a pu faire à l'alimentation duodénale ou jéjunale.

1° N'étant pas introduite par voie buccale, elle n'est pas la cause de la sécrétion gastrique, provoquée par voie réflexe, reprochée par Dimitroff et les partisans de l'alimentation jéjunale, mise en évidence par Garin et ses collaborateurs.

2° Cette sonde qui, d'autre part, ne peut être supportée plus d'une quinzaine de jours, dans la majorité des cas, vingt-cinq jours dans l'observation citée par Damade, ne suffit pas à amener une amélioration satisfaisante de la périgastrite. Il faut, en effet, que l'alimentation duodénale puisse être poursuivie pendant une durée variant de deux à trois mois, quelquefois davantage, pour que la diminution notable ou la disparition des déformations de la niche, l'amélioration de l'état général, soit satisfaisant et permette de réintervenir. Le rôle qui ne peut être rempli par la méthode d'Einhorn ou par l'alimentation jéjunale, pourra l'être par la sonde duodénale introduite par voie transpylorique. Celle-ci, en effet, parfaitement supportée permet la reprise de poids chez les mala-



Figures montrant la rigidité de la zone ulcéreuse : Positions couchée et debout.

des, et améliorer l'état général en même temps qu'elle modifie les lésions locales.

Mais en plus de ces avantages sur la méthode d'alimentation duodénale et jéjunale, la sonde étant introduite par voie buccale, il en est d'autres qui ne sont pas moins importants. Ceux-ci, au nombre de deux sont :

Possibilité d'exploration gastrique;

facilité d'exécution.

1° *La possibilité d'exploration gastrique.*

Elle est, de beaucoup, l'avantage de la méthode que nous proposons. En effet, lorsqu'un ulcère s'est avéré rebelle à tout traitement médical habituel, que son diagnostic a été réalisé radiologiquement, clichés en position couchée et debout qui montrent la rigidité de la zone ulcéreuse (voir figures ci-contre), il est important de savoir si, dans l'état actuel de la chirurgie gastrique, l'exérèse est possible ou non. Or la radiographie ne donne que des renseignements imprécis à ce sujet, seule l'exploration de visu ou manuelle de l'estomac peut permettre de juger une exérèse possible. Cette exploration est d'autre part, bénigne et peut être réalisée chez un malade quel que soit son état général. La gastrostomie est donc une intervention palliative qui ne sera proposée qu'au cours d'une tentative d'exérèse impossible ou dangereuse.

Son indication ne sera donc jamais proposée *a priori*.

2° LA FACILITÉ D'EXÉCUTION.

a) *La pylorostomie*, dont l'idée revient à MM. Delore et Leriche, dans une communication faite en 1906. Les auteurs l'ont pratiquée pour la première fois chez un malade qui avait absorbé de l'acide chlorhydrique. Ils désiraient mettre à la fois l'estomac au repos et alimenter le malade.

Cette intervention est de réalisation difficile à cause du peu de mobilité du pylore que l'on doit amener à la paroi. Ces auteurs avaient signalé comme ennui possible de cette méthode, la création d'une sténose secondaire après ablation de la sonde, sténose qui est de peu d'importance dans le cas d'une gastrectomie secondaire.

La pylorostomie ne présente d'une part aucun avantage quant à la continence de la sonde, car, en effet, que celle-ci soit prépylorique ou pylorique, elle passe par le pylore, d'autre part, la paroi de l'estomac étant plus étoffée, ce serait la bouche de gastrostomie transpylorique qui est la plus continente.

b) En 1903, Hartmann publie cinq observations de *duodénostomie*.

On peut considérer cette intervention supérieure à la jéjunostomie par ce qu'elle ne supprime pas une partie intestinale importante par les conduits qui s'y ouvrent. Mais, plus encore que la pylorostomie et pour les mêmes raisons elle est plus difficile à réaliser.

c) Etudiée en France par Terrier et plus récem-

ment par Schwartz au rapport de Chirurgie de Paris, la *jéjunostomie* a été préconisée par Maydl. Même en Y elle expose à un reflux de l'écoulement biliaire par la bouche que l'on a grand'peine à obtenir continente.

J. A. Wolfer, dans *Annals of Surgery*, en 1935, donne la jéjunostomie comme un procédé relativement sûr, à condition qu'un régime convenable soit institué pour éviter toute irritation et maintenir une balance exacte, un point de vue nutritif, entre les apports aqueux et chimiques. Pour ce chirurgien, l'alimentation doit être introduite goutte à goutte et une pompe électrique spéciale est destinée à cet effet. L'alimentation convenable arrive à imbiber la sécrétion gastrique acide, et l'addition d'atropine supprime complètement les contractions gastriques déterminées par la faim. Il en résulte donc des conditions favorables à la cicatrisation de l'ulcère.

Cette méthode, de réalisation chirurgicale, est plus facile que la pylorostomie et la duodénostomie. Si l'on exécute la jéjunostomie comme l'ont proposé Louis Tixier et Charles Clavel, dans une étude médico-chirurgicale sur « Les grandes hémorragies gastro-duodénales » (Masson et Cie, 1933), on évitera la péritonite due à une suspension insuffisante, l'occlusion par condure de l'anse due à la traction exagérée, le rétrécissement de l'anse due à l'enfouissement de la sonde, enfin l'incontinence qui peut être la cause d'une fistule haute du grêle et la dénutrition rapide extrêmement grave. Pour ce faire, ces auteurs pratiquent une laparotomie sus-ombilicale basse qui aura pour avantage d'explorer largement l'estomac. L'en-

fouissement sera fait suivant le procédé de Witzel, ce qui rend la bouche parfaitement continente.

Si l'on ne peut objecter l'incontinence de la bouche de la jéjunostomie il est d'autres inconvénients qui lui font préférer la gastrostomie transpylorique.

En effet pylorostomie, duodénostomie, jéjunostomie ne sont que les premiers temps d'une méthode dont le but final est la gastrectomie. Mais nous avons montré le peu de différence qu'il y avait entre la pylorostomie et la gastrostomie et les raisons pour lesquelles on devait réaliser de préférence la seconde intervention. Quant à la duodénostomie et à la jéjunostomie, la libération en vue d'une gastrectomie secondaire sera difficile. L'enfouissement à la Witzel peut créer des difficultés pour réaliser une anastomose entre la tranche de gastrectomie et l'intestin, que ce soit un Polya ou un Billroth II.

En effet, l'anse sera inutilisable, et il faudrait la réséquer en partie pour obtenir un bon résultat. En plus de ces inconvénients d'ordre chirurgical, nous pourrions dire avec M. Bérard : « La gastrectomie transpylorique est plus physiologique ».

Le malade ne profite de l'alimentation par sonde que lorsque cette alimentation, en refluant, déclenche une sécrétion gastrique, ce qui ne réalise par la mise au repos de l'estomac nécessaire à la régression de l'ulcère.

On peut résumer ainsi le rôle de la gastrostomie transpylorique :

1° *La gastrostomie permet de faire un inventaire anatomique des lésions et ainsi, de contrôler ou d'affirmer un diagnostic. Ce ne sera donc jamais une intervention a priori.*

2° *La gastrostomie réalise la mise au repos de l'estomac ulcéreux en permettant l'alimentation duodénale sans l'inconvénient de la duodénostomie qui expose à de multiples inconvénients et incidents.*

3° *La gastrostomie d'une efficacité certaine n'est que temporaire : la gastrostomie transpylorique ne peut prétendre guérir des ulcères calleux. Elle les améliore, permet la libération spontanée des adhérences. Il est possible d'obtenir, à la longue, une guérison, mais il est difficile de faire supporter la sonde plus de trois ou quatre mois.*

4° *La gastrostomie transpylorique permet en alimentant le malade, de mettre celui-ci dans des conditions aussi normales que possible, en vue de l'exérèse, seul traitement efficace de l'ulcère chronique de l'estomac.*

III. — L'alimentation par la sonde

Le mode d'alimentation sera identique dans ses principes, tout au moins, à celui proposé par les différents auteurs, partisans de la sonde duodénale ou jéjunale introduite par voie buccale. Trois facteurs de malaises vagotoniques seront évités et pour cela, on administrera, tout au moins au début :

- une nourriture liquide,
- à la température de 37-38°,
- la vitesse d'ingestion sera de 1/2 litre de liquide en 3/4 d'heure, en goutte à goutte, surtout pendant les 15 premiers jours.

Par la suite, comme le montrent certaines de nos observations, la dilatation duodénale permettra d'accélérer la vitesse d'ingestion.

Voici un modèle de repas donné dans le service de M. le Professeur Santy :

- 2 litres de lait entier,
- 4 œufs,
- 2 morceaux de sucre,
- 80 gr. de poudre de viande ou 120 gr. de jus de viande,
- jus d'orange (1 à 2 oranges pressées),

en 7 repas, toutes les deux heures et demie, à 37°, 38° en goutte à goutte pendant 20 minutes.

Chaque semaine, on donne au malade une cuillerée d'huile de ricin par la sonde. Les lavements purgatifs sont ordonnés suivant les dispositions du sujet. Il ne sera autorisé qu'un demi-litre d'eau alcaline par la bouche et par 24 heures.

Cette alimentation devra être aussi variée que possible et nous en trouvons une étude qualitative et quantitative très bien faite dans un article publié par M. Chambon dans le *Lyon Médical* du 22 juin 1941, sous le titre : « L'alimentation des gastrostomisés ».

CHAPITRE III

LA GASTRECTOMIE

Nous avons montré, au début de ce travail, qu'actuellement, la thérapeutique de l'ulcère chronique était orientée vers l'exérèse. Lorsqu'on réintervient après gastrostomie transpylorique que peut-on faire ? C'est ce que nous nous proposons d'étudier au cours de ce chapitre troisième. En principe on cherche à réaliser une gastrectomie pour ablation de l'ulcère et réduction de l'acidité. Cette gastrectomie est-elle toujours réalisable ? Dans certains cas devant des adhérences serrées et très étendues, en présence d'une sténose pylorique ou en raison d'un état général trop précaire, on peut renoncer à la gastrectomie pour résection et réaliser une gastro-entéro-anastomose. C'est ainsi que nous trouvons dans notre statistique 3 cas où il fut pratiqué une gastro-entéro-anastomose, conduite par prudence, adoptée par nécessité.

Dans d'autres, c'est la situation haute de l'ulcère qui le rend inextirpable. Pour H. Toupet, il y a 6 % de ces ulcères. On a proposé la *gastrectomie totale* qui a été réalisée par bon nombre d'auteurs, mais les résultats ne sont pas très encourageants et il nous semble que l'on doit se rallier à l'opinion de Okinczyc,

c'est-à-dire « ne pas se jeter de propos délibéré dans une gastrectomie totale ». En effet des quelques résultats publiés que nous avons retrouvés donnent pour statistique : Berg 6 totales, 5 morts. Ducuing 5 totales (mais ne donne pas de résultat). Delore dans la thèse de Guérin 30 %. Pauchet dans la thèse de Luquet 35 %. Finney sur 67 totales pour ulcus, 53,8 % de décès. Coenen, dans une statistique globale donne 30 à 60 % de mortalité proportion dont la variabilité provient à la fois du chirurgien et du diagnostic plus ou moins précoce.

Divers traitements qui ont été proposés sont à présent complètement abandonnés : ce sont la thermocautérisation de Balfour, les excisions partielles, curetage, iodage, enfouissement de l'ulcère, résection transgastrique de Toupet, Noetz, Delore et Moynihan. D'autres traitements que nous nous proposons d'étudier en détail, sont utilisés avec de bons résultats : ce sont des gastrectomies pour réduction de l'acidité ou opération de Kelling Madlener, les gastrectomies type Polya, Billroth II, Finsterer, Péan.

QUAND LA GASTRECTOMIE EST RÉALISABLE, A QUELLE MÉTHODE FAUT-IL AVOIR RECOURS ?

Il est impossible de répondre de façon formelle. Chaque chirurgien peut incliner vers une technique particulière, les conditions anatomiques peuvent *a priori* conduire à un type donné de gastrectomie. Dans la recherche d'une amélioration des suites immédiates ou des résultats éloignés chaque chirurgien

est souvent amené à modifier ou à changer sa propre technique. C'est une évolution de ce genre que nous voyons se dessiner en raccourci dans la petite statistique que nous présentons

a) La technique de POLYA est utilisable même dans les ulcères haut situés; l'estomac servant de tracteur, il est possible de réaliser une large exérèse. Dans l'estomac biloculaire, la disposition en entonnoir de la poche supérieure permet, ainsi que le remarquait M. Santy, de réaliser l'abouchement de l'anse jéjunale sur une tranche gastrique de dimension réduite, ce qui facilite le geste opératoire, et semble apporter ultérieurement une continence meilleure de l'anastomose. Quatre résections gastriques ont été réalisées suivant ce procédé.

Mais la large anastomose gastro-jéjunale n'est-elle pas une raison d'évacuation trop rapide pouvant entraîner des troubles digestifs ?

b) La technique de FINSTERER avec la confection d'une bouche de dimensions plus réduites à la partie déclive de la tranche gastrique, répond en principe à ce reproche et il semble bien en effet que l'évacuation de la poche gastrique se fasse de façon plus satisfaisante et évite mieux la réplétion de l'anse afférente duodéno-jéjunale. En revanche, il apparaît que ce mode anastomotique expose davantage et cela, surtout lorsque la gastrectomie a été laborieuse, à des accidents immédiats de non-fonctionnement de la bouche avec vomissements des premiers jours.

c) La réalisation de la gastrectomie par la technique du BILLROTH II avec anastomose au bouton, as-

sure une meilleure évacuation du fait de la béance permanente réalisée par la pièce métallique. M. Santy insiste sur le fait qu'il est nécessaire d'utiliser un bouton de calibre suffisant, et surtout sur ce détail technique, qui consiste à suspendre l'anse jéjunale en amont du bouton sur toute la longueur de la tranche gastrique. On éviterait ainsi le reflux dans l'anse afférente, cause favorisant la désunion du moignon duodénal et la fistulisation.

d) Mais quel que soit le type anastomotique utilisé, il est certain que le duodénum se trouve exclu du circuit digestif. Quel est le retentissement physiologique de cette exclusion ? Y a-t-il une perturbation des réflexes de mise en train des sécrétions bilio-pancréatiques et partant une insuffisance digestive ? Devant le déficit pondéral habituellement constaté (MM. Santy et Mallet-Guy), le problème peut se poser, et sa solution logique se trouve dans la réalisation d'une *anastomose gastro-duodénale suivant le type Péan*.

M. Santy entraîné au maniement du bouton anastomotique, pratique en réalité une gastrectomie du type Péan-Kocher, le bout duodénal étant implanté à la face postérieure du moignon gastrique. En dehors des avantages physiologiques présumés et qu'on ne saurait affirmer faute d'un recul suffisant, cette technique présente un certain nombre d'avantages.

Elle se passe uniquement dans l'étage sus-mésocolique; elle est plus rapide. D'autre part, elle permet de réaliser, grâce à la mobilisation du duodénum, une anastomose même après une très large résection

de l'estomac. M. Santy a réalisé avec succès une gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par anastomose œsophago-duodénale au bouton de Villard. M. Mallet-Guy faisant son anastomose à la suture introduit au cours même de l'intervention un tube de Camus à travers l'anastomose jusqu'au duodénum de façon à assurer immédiatement l'alimentation de son opéré sans avoir à redouter les petits troubles de transit que l'on peut observer avec ce mode d'anastomose. Après gastro-transpylorique il faut remarquer que la gastralisation du duodénum, l'épaississement de ses parois, l'augmentation de son calibre rendent plus facile la technique du Péan.

CHAPITRE IV

LES OBSERVATIONS

I. — Gastrectomie type Péan après gastrostomie transpylorique

OBS. I. — Mme G..., 53 ans (Observation inédite de M. le Professeur Agrégé MALLET-GUY).

Ulcère ancien de la face postérieure de l'estomac, début de biloculation.

GASTRECTOMIE TRANSPYLORIQUE. — 25 jours après, l'état général est meilleur, on note une disparition des signes cliniques. Aucune radiographie n'a été pratiquée au cours de cette mise au repos. Bonne reprise de poids.

GASTRECTOMIE : Suture gastro-duodénale type Péan. — Suites opératoires. — Accidents gastriques et pulmonaires. Syndrome péritonéal estompé. Décès au septième jour. La nécropsie montre une large désunion.

Malade de 53 ans, amenée à l'hôpital après qu'elle perdu connaissance sur la place de la Croix-Rousse.

Mariée. Mari en bonne santé. Six enfants bien portants. Pas de fausse-couche. Rien à signaler dans les antécédents jusqu'en 1917. A l'occasion d'une grossesse, apparaît un petit goitre que la malade porte encore. En 1930, chez cette malade qui n'a jamais présenté de dou-

leurs ni de troubles de la digestion, surviennent brusquement des hématomèses répétées, suivies de méloena. Elle est alors hospitalisée dans le service de M. Paillasse où on combat l'anémie importante qu'elle présentait et où on lui conseille l'intervention. Elle rentre alors chez elle et reste dix ans sans souffrir, ni présenter aucun trouble digestif. Depuis six mois environ, apparition d'un syndrome ulcéreux assez typique : douleurs violentes à siège épigastrique, irradiées dans le dos, survenant régulièrement trois heures après les repas, se répétant pendant une huitaine de jours, puis disparaissant pendant quelques semaines pour réapparaître de nouveau. Il ne semble pas qu'elles soient déclenchées par les aliments acides, mais elles sont calmées par le bismuth et les alcalins. Ces douleurs ne sont jamais accompagnées de vomissements alimentaires ou bilieux. La malade était en pleine période de douleurs, lorsque le 1^{er} juillet, survient brusquement, sans effort, un premier vomissement de sang rouge, de la valeur d'un verre. Mais, mercredi 2 juillet, dans la rue, elle fut prise d'un nouveau vomissement, puis de nouvelles hématomèses se produisirent atteignant un demi-litre environ. En même temps, elle perdit connaissance, et bientôt, par l'anus, s'écoula du sang noir en abondance. C'est alors qu'on la transporta dans le service.

Il est à noter qu'elle a conservé son appétit, mais a maigri de plusieurs kilogs, tant du fait des restrictions obligatoires que des restrictions volontaires qu'elle s'imposait afin de ne pas souffrir.

Actuellement, la malade est asthénique, ne semblant pas très anémique. Elle est ni constipée, ni diarrhéique.

La palpation réveille un point douloureux épigastrique. La région sous-hépatique n'est pas douloureuse. Par ailleurs, on note l'existence d'une tumeur thyroïdienne siégeant au niveau du lobe droit, mobile, avec la déglu-

tition, de consistance irrégulière, avec des noyaux nettement indurés et mal limités.

Numération globulaire :

G. R. : 4.092.000

G. B. : 7.000.

8-7-1941 : Scopie gastrique : Hyperévacuation gastrique, pas d'image anormale.

Les radiographies en série montrent :

1° Un calcul arrondi en regard du flanc droit de L.4 manifestement vésiculaire, se projetant sur l'apophyse transverse de L.4 en dehors et au contact du genu supérieur ;

2° Un bulbe duodénal, mal dessiné avec peut-être une image d'ulcère ;

3° Des ondes profondes de la petite courbure ;

4° A la partie moyenne du corps de l'estomac, sur la grande courbure, une image aérienne dont il faudra préciser la signification.

11-7-1941 : Radioscopie gastrique.

1° En position debout : pas d'image anormale des bords ou du bulbe. On ne retrouve pas l'image aérienne, malgré toutes les incidences données à la malade ;

2° En décubitus ventral, on voit sur la grande courbure, une image fixe comme une encoche avec une zone mal injectée, qui persiste dans toutes les positions de décubitus ventral, dorsal droit ou gauche. Il est surtout visible en décubitus ventral latéral droit.

Les radiographies de contrôle montrent alors une encoche profonde.

A la partie moyenne de la partie verticale du corps de l'estomac, encoche qui correspond plus qu'à une contracture, si bien que l'interprétation des radios précédentes s'éclaire.

On distingue très nettement un gros ulcère de face, entouré d'une grosse cocarde d'œdème plus claire, et la

bulle d'air signalée précédemment, sous-jacente à cette image ulcéreuse, correspond certainement à la bulle de la poche inférieure d'une bilaculation gastrique.

Diagnostic : Vieil ulcère au niveau d'une des faces de l'estomac, début de bilaculation.

Le 15-7-1941 : La malade part pour quelques jours, elle aura un traitement au Campollon, et reviendra pour se faire opérer.

Le 22-7-1941 : La malade entre à nouveau dans le service, elle n'a eu que deux injections de Campollon. Rien à signaler durant son absence.

Le 23-7-1941 :

Numération globulaire :

G. R. : 4.650.000

G. B. : 6.500.

Formule sanguine :

Polynucléaires. 56 %

Eosinophiles. 2 %

Basophiles. 2 %

Lymphocytes. 22 %

Moyens Monocytes. 20 %

Poids : 38 kilogs.

Le 25-7-1941 : Intervention : Docteur Malley-Guy, Viaron, Gonnet.

Anesthésie locale complétée par anesthésie générale à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Estomac pfoisé dont l'exploration est difficile, tant que la malade ne dort pas. Finalement, on trouve bien, très haut sur la face postérieure, près de la petite courbure, un gros ulcère.

Gastrostomie transpylorique.

Le 2-8-1941 : Les trois premiers jours après l'intervention, la malade souffre. Température subfébrile ; le pouls entre 100 et 110. L'alimentation plus lente atténue les douleurs, la fièvre et le pouls baissent progressivement.

Lever le sixième jour.

Poids : 33 kg. 500 le 9 août 1941 . 34 kg. 500 le 15 août 1941.

Le 20-8-1941 : Intervention, Docteur Mallet-Guy.

Gastrectomie très large, l'ulcère a considérablement rétréci. Il ne persiste plus qu'une induration mobile de un centimètre. On termine par un *Péan*.

L'examen de la pièce montre que l'ulcération est cicatrisée. On fait une biopsie.

Le 21-8-1941 : La malade a fait une dilatation aiguë post-opératoire au cours de la nuit. Un lavage d'estomac la soulage.

Le 26-8-1941 : Au cinquième jour après l'intervention, la malade est alimentée par des liquides et ne vomit pas. Par ailleurs, température de 39°8. Le pouls est à 110. Point de côté thoracique gauche. Gros souffle tubaire à ce niveau. Râle de bronchite aux deux bases.

Le 27-8-1941 ; la malade présente dans la nuit un syndrome péritonéal estompé. Décès quatre heures après.

La nécropsie montre une large désunion post-mortem. Il n'y a pas de bile dans le péritoine, ni de résidus alimentaires.

OBS. II. — Mme X..., 61 ans (Observation de M. MALLET-GUY et P. MARION). Société de chirurgie de Lyon 6 février 1941.

Ulçère de la petite courbure, se traduisant par une niche à la partie moyenne de la petite courbure, qui semble largement adhérente sans signes de sténose médiogastrique. Le début de la maladie remonte à un an.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — 19 jours après, l'état général est meilleur. On note une atténuation des signes radiologiques.

GASTRECTOMIE : *Suture gastro-duodénale type Péan.* — Suites opératoires. — *Très simples au point de vue gastrique. Accidents pulmonaires, et signes de défaillance cardiaque rapidement maîtrisés par la thérapeutique habituelle.*

Elat actuel de la malade : excellent — a repris 2 kgs —. Transit gastrique normal.

Malade envoyée par M. le Docteur Sédallian, le 17 décembre 1940, avec le diagnostic d'ulcère de la petite courbure. L'évolution semble avoir été assez rapide, car, si depuis quelques années, étaient apparus divers troubles digestifs, les premières douleurs ne s'étaient manifestées qu'en décembre 1939. Elles avaient été alors intenses, s'étaient prolongées pendant plus d'un mois, et avaient retenti assez gravement sur l'état général. Après une période d'accalmie presque complète, les douleurs reprirent au début de novembre 1940 ; elles persistent encore à l'entrée de la malade dans le service, malgré le régime, les alcalins et le bismuth. Ces douleurs sont du type ulcéreux classique, survenant en fin d'après-midi, largement irradiées dans tout l'étage sus-ombilical. Rien n'arrive à les calmer. On ne note ni vomissements, ni hématomèses, ni moelena.

L'examen radiologique montre une grosse niche à la partie moyenne de la petite courbure, qui semble largement adhérente, sans signe de sténose médiogastrique. Les clichés montrent manifestement qu'il s'agit d'un ulcère perforé bouché.

Mais, ce qui frappe surtout, et rend aléatoire une indication chirurgicale, c'est l'état général de la malade ; cette femme de 61 ans, porte plus que son âge, elle est très amaigrie, ne pèse plus que 45 kgs ; elle a d'ailleurs réduit considérablement son alimentation. La pâleur du visage, la décoloration des conjonctives, ne cadrent pas avec la numération globulaire (G.R. : 5.354.000 ; G.B. :

8.000), l'examen complémentaire montre une hypertension de 24/11, hypertension solitaire, sans atteinte rénale, mais entraînant céphalées et vertiges.

L'état général de la malade déclinant depuis son entrée à l'hôpital, toute alimentation effective étant presque abolie, il est évident qu'il faut faire quelque chose. Il est évident également, qu'une gastro-entérostomie n'est pas indiquée, et qu'une gastrectomie ne pourrait être supportée, gastrectomie que les conditions locales précisées par la radio rendraient fort aléatoire.

21-12-1940. — Après une préparation, anesthésie locale. L'exploration gastrique montre effectivement, à la partie moyenne de la petite courbure, un gros ulcère adhérent très largement au pancréas.

Gastrostomie antrale transpylorique.

Les suites de l'intervention sont très simples. L'alimentation est faite par la sonde duodénale. Toute alimentation par la bouche étant interdite.

Pendant seize jours, le régime fut appliqué strictement. L'état général s'améliore, le facies se colore, la diurèse devient excellente, mais surtout, l'ulcère se modifie très rapidement.

7-1-1941. — Contrôle radiographique montre une niche très diminuée de volume, des mensurations de la niche donnaient, avant la gastrostomie : base : 36 mm. profondeur : 18 mm., et, à ce jour : base : 15 mm., profondeur : 10 mm. La scopie montre, en outre, que l'estomac s'est largement mobilisé.

9-1-1941. — Réintervention sous anesthésie locale. Une gastrectomie large est faite sans difficulté. L'ulcère s'est effectivement réduit, et ne tient plus au pancréas que par sa perforation. Du fait sans doute de l'alimentation duodénale massive, la première portion du duodénum est très mobile, et l'on peut terminer par une *suture gastro-duodénale type Péan*, le moignon duodé-

nal étant implanté dans la partie inférieure de la tranche gastrique en raquette ; suture en trois plans.

L'examen de la pièce montre un minimum de lésions inflammatoires autour de l'ulcère calleux perforé bouché.

L'opération fut très bien supportée, la malade se leva dès le lendemain de l'intervention. Pendant les premiers jours, on nota quelques vomissements qui disparurent en recommandant à la malade de se coucher sur le côté droit, au cours de la période digestive.

Tout semblait devoir aller simplement, lorsqu'au huitième jour, la température monta, et l'on constata un foyer de congestion pulmonaire de la base gauche. L'administration de Dagénan fit baisser la température, mais laissa substituer pendant huit jours, une bronchite aiguë, avec abondante expectoration purulente. Parallèlement, survinrent des signes de défaillance cardiaque : effondrement tensionnel à 16/7, souffle systolique, œdème des malléoles. Les toni-cardiaques firent réduire tous ces troubles, et, trois semaines après l'opération, la malade est hors de danger, s'alimente correctement, et commence à reprendre ses forces. Subjectivement, l'évacuation gastrique se fait sans troubles, mais nous avons été frappés par le retard à l'évacuation gastrique observé à la radioscopie. Il n'y a pas de sténose de la bouche. L'estomac n'est pas détendu, mais il est paresseux, et le duodénum semble inerte.

Un nouvel examen pratiqué le 4 février 1941 montre une amélioration très sensible du transit.

La malade est revue le 29 mars 1941, en bon état général : bon appétit, bonne digestion, pas de douleurs, reprise de poids de 2 kgs depuis un mois et demi. Ayant présenté un peu d'œdème des membres inférieurs, elle a suivi à nouveau un traitement digitalique. L'examen montre une bonne cicatrice, l'absence de douleurs provoquées et radiologiquement, l'absence de liquide de

stase à jeun, une évacuation gastrique presque complète, en une demi-heure, et un transit duodénal tout à fait correct.

OBS. III. — M. D... Marius, 66 ans (Observation inédite de M. le Professeur Agrégé MALLET-GUY).

Il s'agit d'un gros ulcère de la petite courbure. La maladie remonte à 8 ans.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — *La sonde est maintenue pendant 27 jours. Ce premier temps est assez mouvementé. La sonde n'est pas en place, le malade fait un moelena, la formule sanguine montre une diminution très notable des globules rouges. Cependant, les signes cliniques disparaissent, radiologiques s'atténuent.*

GASTRECTOMIE PÉAN, 27 jours après. *L'ulcère est bien libéré. Les suites opératoires sont excellentes, si ce n'est une petite suppuration de la paroi.*

Malade envoyé du service du Docteur Josserand. Depuis 8 ans, le malade se plaint de crises gastriques douloureuses. Ce sont des brûlures survenant deux heures après les repas, épigastriques, irradiant vers la gauche, calmées par l'ingestion alimentaire. Elles durent trois semaines environ, puis sont suivies de périodes de rémission de quelques semaines. A certaines périodes de crises, le malade signale des vomissements presque après chaque repas. Il est suivi médicalement et observe un régime assez strict, ce qui fait disparaître les vomissements. Néanmoins, les crises persistent, et le malade maigrit, ces derniers temps, de 6 kgs. Il entre donc dans le service du Docteur Josserand, qui le met en observation et fait des radiographies gastriques.

3-6-1941. — Les radiographies montrent une superbe niche, grosse comme une noix, siégeant sur la partie prépylorique de la petite courbure.

A l'examen, le malade signale un point douloureux épigastrique.

17-6-1941. — Une radioscopie est pratiquée par M. le Professeur Mallet-Guy. La baryte montre une grosse niche dans la moitié environ du segment vertical de l'estomac. Pas de sténose médiogastrique.

20-6-1941. — *Gastrostomie transpylorique*. Anesthésie locale. Incision médiane, sus-ombilicale courte. L'exploration montre qu'il s'agit d'un gros ulcère, surtout postérieur, siégeant à la partie supérieure de la petite courbure, au-dessus de l'angulus. Malgré son volume, il est relativement mobilisable, avec le pancréas auquel il adhère. Aspect extérieur peu inflammatoire. La gastrostomie transpylorique est pratiquée au niveau de l'antra, très près du pylore. Fermeture de la paroi en trois plans, au catgut.

25-6-1941. — Un examen radioscopique, après injection de baryte par la sonde, montre qu'elle est encore très longue, et située dans le bas fond gastrique.

27-6-1941. — On remet une sonde dans le duodénum, sous contrôle radioscopique. Celui-ci montre une sonde en place, dans la troisième portion du duodénum.

30-6-1941. — Moelena, pâleur, lipothymie. On fait des coagulants anthéma, sérum gélatiné.

1^{er}-7-1941. — Numération globulaire :

G. R. : 2.452.000

G. B. : 8.000.

Une transfusion est pratiquée. Au cours de celle-ci, le malade fait un léger choc qui oblige de s'arrêter à 175 cc.

4-7-1941. — On refait une transfusion de 100 cc. et on institue un traitement au Campollon intramusculaire.

5-7-1941. — Le malade refait un moelena.

La numération globulaire montre :

G. R. : 1.891.000

G. B. : 5.000

et le 8-7-1941 :

G. R. : 2.046.000

G. B. : 4.000.

On décide une nouvelle transfusion de 300 cc. qui se passe sans incident.

13-7-1941. — Numération globulaire :

G. R. : 2.883.000

G. B. 8.000.

Formule sanguine :

Neutrophiles. 74 %

Lymphocytes. 15 %

Monocytes. 10 %

Eosinophiles. 1 %

18-7-1941. — Intervention. Docteur Mallet-Guy.

La gastrostomie transpylorique a attiré le duodénum à gauche et, malgré l'étendue de la résection gastrique, il sera possible de faire un *Péan* dans d'excellentes conditions. Enorme ulcère de 6 cm. de diamètre, perforé, bouché par le pancréas.

La résection passe à 2 cm. au-dessus de la lésion qui semble bénigne, elle est très large, et dépasse la crosse de la coronaire.

Pièce opératoire : Grande courbure : 16 cm.; Petite courbure : 10 cm.

L'ulcération est régulièrement ovale, siégeant en dehors de la petite courbure et mesurant 45 × 55 mm.

Examen histopathologique : Docteur Guichard.

La muqueuse gastrique est le siège d'une gastrite inflammatoire interstitielle, dense, avec infiltration à lymphocytes inter-glandulaire, et dilatation kystique partielle des glandes. A l'extrémité de la préparation, la mu-

queuse disparaît sans qu'on puisse dire s'il s'agit d'une ulcération vraie. En profondeur, augmentation du tissu interstitiel intermusculaire, avec lésion initiale du myosite.

La même infiltration inflammatoire à lymphocytes se retrouve dans le tissu conjonctif de la musculuse, et dans certains capillaires de celle-ci. Pas de tuberculose visible, pas d'épithélioma.

Suites opératoires : simples. Le malade s'alimente rapidement et l'état général s'améliore.

28-7-1941. — La plaie suppure un peu.

Numération globulaire :

G. R. : 2.480.000

G. B. : 4.000.

Formule sanguine :

Polynucléaires neutrophiles. 80 %

Plasmocytes. 4 %

Lymphocytes. 6 %

Monocytes. 10 %

16-8-1941. — La cicatrisation est presque terminée. On alimente le malade toutes les deux heures. L'état général continue à s'améliorer.

26-8-1941. — Docteur Mallet-Guy. Radioscopie après ingestion de baryte. Le moignon gastrique a une bonne dimension ; il se vide très correctement, pas de stase duodénale. On note l'image du bulbe. Il est possible que la persistance du bulbe facilite le transit duodénal. Trois clichés confirment l'excellent passage dans le cadre duodénal. La seule portion distendue étant le bulbe duodénal. Celui-ci est le siège d'ondes péristaltiques.

2-9-1941. — L'état général du malade s'est considérablement amélioré. Il a bon appétit et digère très bien.

OBS. IV. — M. G... Alexandre, 41 ans (Observation inédite de M. le Professeur SANTY).

Il s'agit d'un volumineux ulcère de la petite courbure, fortement adhérent dans le foie, situé à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Le début de la maladie remonte à neuf ans.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — *La sonde est maintenue pendant 60 jours. Les signes radiologiques s'atténuent, tandis que les signes cliniques disparaissent. La sonde bien supportée, le malade continue cependant à maigrir. A noter un incident de paroi au niveau de l'orifice de la sonde, qui s'est traduit par deux abcès. C'est cet incident de paroi qui retarde la réintervention.*

GASTRECTOMIE PÉAN, 60 jours après. — *L'ulcère n'est pas aussi bien libéré qu'on pouvait l'espérer, la sonde n'ayant pas été correctement mise en place.*

Les suites opératoires ne sont perturbées que par des incidents d'ordre respiratoire. On doit noter, d'autre part, une légère suppuration de la paroi, au niveau de l'orifice de la sonde.

Le début de la maladie remonte à 1932 ; hématomésés après prodromes physiques et fonctionnels apparus plusieurs mois plus tôt, en mai 1932. Sensation de gonflement gastrique au cours du travail. Douleur post-prandiale, une heure ou deux après les repas. Les vomissements soulagent le malade, mais ils laissent persister une sensation de douleur gastrique. La douleur était médiogastrique, diffusant à droite et à gauche, sans irradiation dorsale. Le matin, douleurs et vomissements après le petit déjeuner.

Lors de son hématomésé, le malade a été hospitalisé pendant plusieurs mois. On institua ultérieurement un

traitement médical et un régime. Le malade, qui était un gros buveur, supprime complètement le vin. En 1935, relâchement du régime. En 1940, douleurs analogues à celles de 1932, puis hématurie, le 22 février 1940. Le malade, avant ce deuxième épisode, pesait 72 kilogs.

A l'entrée, rien à signaler aux poumons, cœur, système nerveux. L'état général est un peu déficient, anémie et asthénie assez nettes.

15-5-1941. — Les radiographies pratiquées montrent un énorme ulcère de la petite courbure, très haut situé.

27-5-1941. — Intervention. Professeur Santy, Docteur Balivet. Il s'agit, en réalité, d'un très volumineux ulcère de la petite courbure, moins haut situé qu'il ne le semblait sur les clichés, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, d'un diamètre supérieur à celui d'une pièce de 10 francs, fortement adhérent à la face inférieure du foie, dans lequel la cavité de l'ulcère très profonde semble pénétrer. La face antrale de l'estomac, au niveau de l'ulcère, est très enflammée, avec des exsudats pseudo-membraneux. Il s'agit certainement d'un ulcère en période d'évolution, qui serait, à la rigueur, enlevable en un temps, mais la sécurité est de commencer par une *gastrostomie transpylorique*.

Les suites de la gastrostomie transpylorique furent simples. Vingt jours après, on pratique une nouvelle radiographie, qui montre une rétrocession des signes radiologiques de l'ulcère. A noter qu'il se fit, par deux reprises, des petits abcès de la paroi, qui s'ouvraient par l'orifice de passage de la sonde.

Le malade, après une reprise de poids de 1 kg. pendant les 15 premiers jours, perdait peu à peu son poids, pour descendre de 56 kgs à 51 kgs. Cette perte de poids décida de hâter l'intervention.

29-7-1941. — Anesthésie au protoxyde d'azote. Libération de la bouche de gastrostomie, puis libération de

l'estomac difficile. On a la sensation que la gastrotomie transpylorique n'a pas eu l'effet sédatif habituel sur les phénomènes périulcéreux. Ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, très adhérent au pancréas et avec périgastrite intense, qu'on libère au ciseau. La coronaire est entourée d'une zone de périgastrite intense ; on a peine à la distinguer, on coupe le pédicule de proche en proche, en faisant une hémostase progressive. La libération du duodénum a été aussi malaisée. Section première du duodénum. Rabattement de l'estomac par la gauche, avec libération progressive de l'ulcère que l'on a de la peine à dépasser vers le haut. On fait une *anastomose duodéno-gastrique*, au gros bouton de Villard, qu'on maintient à l'aide d'un surjet de catgut.

Suites opératoires : Au deuxième jour, la température est à 38°8. Le malade fousse, crache. L'expectoration est encore muqueuse, mais les signes pulmonaires de bronchite diffuse, avec râles de congestion aux bases, font prévoir une complication pulmonaire que l'on prévient par le Dagénan.

25-8-1941. — Après la réintervention, le malade fait une broncho-pneumonie au deuxième jour. Son état général s'améliore vers le dixième jour, la température redevient normale et les signes pulmonaires disparaissent.

Pas de scopie avant son départ. Le bouton n'est pas évacué, mais ne serait plus en place. Légère reprise de poids, à peine un kilog. Le malade est indocile au point de vue régime alimentaire.

A la sortie de l'hôpital, bon état général. Poids : 52 kgs 300. Au niveau de l'orifice de la sonde, légère suppuration qui persiste au départ.

OBS. V. — P... R..., 49 ans (Observation inédite de M. le Professeur Agrégé MALLET-GUY).

Il s'agit d'un volumineux ulcère perforé, bouché, situé à la face postérieure de l'estomac, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. Le début de la maladie remonte à plusieurs années.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — *La sonde est maintenue pendant 19 jours. L'état général du malade se remonte, les signes radiologiques diminuent, les signes cliniques disparaissent. Cependant, la diminution des globules rouges, constatée par les numérations globulaires successives, justifie une réintervention rapide.*

GASTRECTOMIE PÉAN. — *19 jours après la gastrostomie. Les adhérences ont été légèrement libérées. On met en place une sonde de Camus, afin de ne pas sous-alimenter trop longtemps le malade. Cette sonde, dont le fonctionnement a été parfait, est enlevée au onzième jour.*

L'état général se remonte nettement : reprise de poids, amélioration de la formule globulaire. A noter, une légère suppuration de la paroi, au niveau de l'orifice de sonde de gastrostomie.

Le malade est envoyé par le Docteur Goutorbe, qu'il a consulté le 19 août 1941. Il signale depuis de nombreuses années, des acidités gastriques auxquelles il n'a pas prêté une attention spéciale.

Il y a deux mois, une première crise douloureuse, vive, survenue trois heures après le repas, siégeant au creux épigastrique et irradiant vers l'abdomen. La douleur, très vive, dure de une demi-heure à trois-quarts d'heure, calmée par l'ingestion d'aliments ou de bicarbonate de chaux. Pas de troubles des selles. Le malade

a vomi trois fois, ce sont des vomissements alimentaires fétides. Il présente, depuis deux mois, des crises presque journalières, avec cependant des rémissions tous les trois ou quatre jours. Les crises sont parfois nocturnes. Une radioscopie aurait montré la présence d'une lacune sur la petite courbure. Le traitement médical ordonné, il y a quelques semaines, aurait amené une certaine amélioration. La palpation de l'abdomen est rendue difficile par la paroi, qui est relativement dure. Le malade prétend avoir maigri de 15 kgs, ces derniers mois, mais il serait stationnaire en ce moment, avec une tendance légère à la reprise du poids. Par ailleurs, rien de spécial à signaler.

12-8-1941. — Numération globulaire : G.R. : 3.461.000, hémoglobine : 83 % (pas de leucocytes normaux, pas d'hématies anormales).

A noter, une hernie inguinale gauche, un œdème des membres inférieurs, il y a un mois. La dentition est défectueuse.

26-8-1941. — Une radioscopie, après ingestion de bouillie barytée, montre : les premières bouchées dessinent nettement une image diverticulaire à l'union du tiers inférieur, et du tiers moyen de la portion verticale de l'estomac. Cette image, surtout nette en oblique, persiste après le passage de la bouillie. Lorsqu'on fait avaler une quantité importante de baryte, on note nettement un rétrécissement de l'estomac, au niveau de l'ulcère, sans que l'on puisse, à proprement parler de biloculation, mais la partie supérieure de l'estomac se termine en entonnoir, le segment ulcéreux n'est pas dilatable. La partie sous-jacente est également conique. La niche est très importante, et la pression de l'estomac la remplit, tout en montrant qu'elle a quatre centimètres de diamètre, sur deux centimètres de profondeur. L'ulcère est fixé. Il s'agit d'un ulcère perforé, bouché dans le pancréas.

A la radiographie, les clichés confirment l'existence d'une niche énorme, dans la partie basse de la petite courbure.

28-8-1941. — Les radiographies faites en position couchée, en couche mince, confirment la présence d'une grosse niche d'ulcère.

Intervention : *Gastrostomie transpylorique*. Exploration montrant un gros ulcère perforé, bouché, de la petite courbure, à la face postérieure au point précis fixé par la radiographie.

Les suites sont simples, sans température. L'alimentation se compose de lait, café, jus de fruits. Le tout est administré par la sonde pendant douze heures par jour. On donne ainsi, au malade, trois litres de liquide en cinq repas, dont la durée est de deux heures. Cette alimentation est très bien tolérée.

12-9-1941. — Le malade se remonte, mais a une sensation de faim continuelle, malgré les adaptations du régime par tâtonnement. Il ne souffre pas localement.

12-9-1941. — La radiographie montre la persistance de la niche qui s'est modifiée, en ce sens qu'elle est plus étroite, et paraît plus profonde. L'ébauche d'une biloculation fonctionnelle a disparu presque complètement.

Numération globulaire :

Globules rouges : 2.046.000

Globules blancs : 5.000.

16-9-1941. — L'intervention montre que les adhérences sont légèrement libérées. Il s'agit d'un ulcère de dimension de quatre ou cinq centimètres, bouché dans le pancréas, siégeant à la partie postérieure de la petite courbure. Il est possible, même, en faisant une résection large, dépassant de trois centimètres l'ulcère, de terminer l'intervention par une *suture gastro-duodénale*: *Péan*. Les sutures de la musculuse sont faites en points séparés, à la soie, et un tube de Camus est placé dans le duodénum.

L'examen de la pièce montre un vaste ulcère perforé, bouché. La résection porte sur 12 cm. de petite courbure, et 23 cm. de grande courbure.

16-9-1941. — On fait une transfusion de 500 centimètres cubes. Une numération globulaire pratiquée le 22 sept. 1941, donne les résultats suivants :

G. R. : 2.542.000

G. B. : 9.000.

24-9-1941. — Grâce au tube de Camus, le malade n'a pas eu de dénutrition. Les suites ont été simples, lever au troisième jour. Le quatrième jour, une température à 38°9 cède au Dagénan.

Une radiographie de contrôle montre le tube de Camus en place dans la suture gastroduodénale. La baryte donnée par la bouche passe sans difficultés, le long du tube. On préconise donc l'alimentation liquide par la bouche.

27-9-1941. — Ablation du tube de Camus. On refait une transfusion de 400 centimètres cubes.

29-9-1941. — L'alimentation par potages bien tolérée. Localement, on constate une légère suppuration superficielle, qui nécessite une mise à plat.

1^{er}-10-1941. — Une numération globulaire donne :

G. R. : 3.968.000

G. B. : 9.000.

Résultat de l'examen histopathologique : Le fragment d'estomac qui nous est parvenu ne montre pas d'ulcère, mais intéresse la muqueuse au voisinage de celui-ci. Cette muqueuse est hyperplasique, chroniquement enflammée par les métastases intestinales. Le stroma est lâche. Pas de lésions dans la muscularis mucosæ. Le chorion est scléreux, avec des îlots inflammatoires. La sclérose se poursuit entre les trousseaux musculaires. Aucun signe de cancérisation.

II. — Gastrectomie Polya après gastrostomie transpylorique

OBS. VI. — M. T..., 50 ans, sous-officier en retraite (Observation inédite de M. le Docteur Pierre COLSON).

Ulcère très haut situé, niche en plateau d'un diamètre apparent de 2 cm. Encoche persistante de la grande courbure, ébauche de biloculation. La maladie évolue depuis 20 ans.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — *La sonde a été conservée 98 jours. Incidents pulmonaires importants dans les suites opératoires. L'examen radiologique montre des modifications importantes : diminution des dimensions de l'estomac, augmentation du calibre du duodénum ; diminution de l'infiltration péri-ulcéreuse ; disparition de la biloculation.*

GASTRECTOMIE POLYA. — *Les suites opératoires sont normales.*

REVU 2 ANS APRÈS. — *Est dans un état excellent.*

Ancien colonial, se plaignant de troubles digestifs depuis plus de vingt ans. Ce sont des crises ulcéreuses typiques avec douleur tardive, évolution périodique.

Actuellement, les douleurs sont très vives, présentant de violentes irradiations dorsales. Fait nouveau : on note l'apparition de vomissements aqueux et un état de dénutrition avec diminution pondérale notable de 67 à 53 kilogs.

L'examen radiologique pratiqué par le Docteur Noel montre une niche en plateau d'un diamètre apparent de deux centimètres, haut située sur la petite courbure. Une encoche persistante de la grande courbure ébauche une biloculation gastrique. Ce qui frappe surtout, c'est

la rigidité des tissus au-dessous et au-dessus de l'ulcère. En position verticale, la petite courbure est rectiligne dans la zone pathologique et conserve cette rigidité dans le décubitus dorsal, se déplaçant en masse et pivotant autour du cardia. On a l'impression que la zone indurée atteint le voisinage du cardia (comparer clichés 1 et 2).

Le 7 mars 1939 : Intervention. MM. Colson et Friehe.

Scophédal. Anesthésie locale. On trouve, à l'exploration, un gros ulcère calleux et une inflammation péri-ulcéreuse intense remontant jusqu'au cardia.

Le Professeur Santy, présent à l'intervention, conseille de pratiquer la gastrectomie dans un second temps. *Gastrostomie transpylorique* suivant la technique habituelle.

Dans les suites immédiates, phénomènes pulmonaires importants : température : 39° ; pouls : 130 ; cyanose, bronchorrhée abondante (l'opéré est un gros fumeur, tousseur habituel).

Quand, au quinzième jour, l'opéré se met sur pieds, il pèse 47 kilogs. L'alimentation par la sonde est très régulièrement suivie ; la reprise de poids se fait immédiatement et, deux mois après le 20 mai 1941, l'opéré a repris son poids préopératoire (53 kilogs).

L'examen radiologique montre des modifications importantes de l'image gastrique :

1° Une diminution des dimensions de l'estomac surtout dans la région de l'antra pylorique. Le bas-fond est remonté de 8 cm. Le duodénum par contre, présente un calibre augmenté.

2° L'image ulcéreuse persiste, mais l'infiltration péri-ulcéreuse a diminué ainsi qu'en témoignent et la disparition de la biloculation et le profil arrondi (et non plus rectiligne) de la petite courbure. Comparer clichés 1 et 3.

Le mois suivant, le poids reste stationnaire, en dépit

d'une alimentation abondante et d'une docilité exemplaire de la part du malade. Aussi, après plus de trois mois d'alimentation par la sonde, se décide-t-on à pratiquer la gastrectomie.

Le 13 juin 1939. MM. Colson et Frieih.

Anesthésie à l'évipan. protoxyde d'azote. Docteur Hubert.

Libération de la bouche de gastrostomie et des adhérences antérieures. Enfouissement duodénal aisé. Après la ligature de la coronaire, on abaisse l'ulcère par dépouillement progressif de la petite courbure et libération des adhérences pancréatiques. On termine en réalisant une *anastomose gastrojéjunale à la Polya*, qui est fixée au-dessous du méso-côlon transverse.

Sur la pièce opératoire (petite courbure 17 cm., grande courbure, 34 cm.), on trouve un ulcère réduit à une exulcération plane. La section muqueuse porte en zone saine.

Examen histologique : ulcère simple.

Les dimensions de la pièce s'expliquent par :

- 1° La traction effectuée au cours de l'exérèse ;
- 2° La résection d'une large portion de duodénum.

Le 10 juin 1941 : Etat actuel. Petite éventration pariétale (du fait de la paroi au niveau de l'orifice de gastrostomie).

A la radiographie, le moignon gastrique s'est légèrement dilaté (4 travers de doigt). L'évacuation se fait lentement par bouchées successives et uniquement par la branche afférente. Le poids est stationnaire à 53 kgs. L'opéré ne ressent plus la moindre douleur. Il mange sans suivre de régime, fume beaucoup, accomplit régulièrement un travail sédentaire.

OBS. VII. — M. J..., 53 ans (Observation de M. le Professeur SANTY).

Ulcère très haut situé, de très grand diamètre : 4 cm., dont le bord supérieur correspond au cardia. Le début de la maladie remonte à deux ans.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — *La sonde est conservée 70 jours. Celle-ci a été bien supportée, a permis une bonne alimentation, d'où excellent état général, avec reprise de poids. L'ulcère a considérablement diminué, moins adhérent au pancréas.*

GASTRECTOMIE : POLYA. — *Les suites opératoires sont normales.*

REU 5 ANS après la gastrectomie, est dans un état excellent.

Le début de l'affection actuelle remonte à deux ans environ (septembre 1935). Le premier symptôme ressenti par le malade est une douleur partant de la région moyenne de l'œsophage et s'étendant à toute la région épigastrique. Ces douleurs à type de brûlures fréquemment calmées par les alcalins et les vomissements alimentaires survenaient à horaire fixe, soit une heure et demie à deux heures après les repas, augmentant en intensité pendant 4 mois. Pas d'hématémèses.

Cependant, depuis janvier 1936, le caractère des douleurs est différent dans son horaire, son intensité, sa fréquence. Le malade ayant réduit son alimentation, les vomissements cessent, mais la douleur persiste, siégeant dans l'hypochondre gauche, s'irradiant parfois dans le dos, vers la colonne lombaire. Il est anorexique et maigrit considérablement, 13 kilogs depuis le début de la maladie. Des réactions de Weber pratiquées consécutivement pendant trois jours et à trois reprises, donnent

une réaction positive pour la première série, négative pour les deux autres.

A l'examen clinique, l'abdomen est souple, la palpation révèle un point douloureux dans l'hypochondre gauche. On ne sent aucune masse anormale. Il n'y a pas d'ondes péristaltiques décelables, pas de tension intermittente de l'épigastre, pas de clapottement à jeun.

Rien à signaler à l'examen des poumons, cœur, système nerveux. T.A.: 15/7. Urée sanguine : 0,21 p. 1.000.

A la radiographie, on note un ulcère très haut situé, se présentant comme une encoche de 2 cm., se trouvant à 4 ou 5 cm. du cardia, approximativement. Il s'accompagne d'une rigidité de la paroi qui laisse prévoir des lésions inflammatoires remontant au cardia.

10-7-1936 : *Professeur Santy, Docteur Charton.*

Anesthésie locale complétée au moment de l'exploration, par 3 cc. d'Evipan. Laparotomie exploratrice. Il s'agit d'un très volumineux ulcère, très haut situé, de la petite courbure, ulcère de très grand diamètre (4 cm. environ) dont le bord supérieur correspond au voisinage immédiat du cardia, siégeant sur la face postérieure de la petite courbure. Il est adhérent au pancréas, a des bords très épais, et laisse un certain nombre de doutes au point de vue de la bénignité. On renonce à l'intervention en un temps, et on fait une *Gastrostomie transpylorique*.

20-8-1936. — Le malade quitte le service, sa sonde fonctionne bien.

18-9-1936. — Bon état général, la sonde de gastrostomie est bien supportée, le malade a repris du poids.

A l'examen radiographique, on note un assouplissement considérable de la paroi, une diminution considérable, à la fois des dimensions de l'ulcère, et de l'estomac, qui semble s'être rétracté.

22-9-1936. — *Professeur Santy.*

Anesthésie à l'évipan, complétée par du protoxyde d'azote excellente. Incision au niveau de la fistule gastrique. Libération facile de l'estomac. On constate alors que l'ulcère a considérablement diminué. On le retrouve très haut, à la face postérieure de l'estomac, faiblement adhérent au pancréas. Difficultés, à cause de son siège élevé.

Par ailleurs, lorsqu'on examine la région pyloro-duodénale, on est frappé par l'augmentation considérable de volume et d'épaisseur de la paroi postérieure duodénale, qui apparaît très modifiée, large de plus de deux doigts, avec une paroi ayant tout à fait l'aspect d'une paroi gastrique. Il est certain que ces modifications sont dues à l'alimentation par sonde transpylorique. Le sphincter pylorique n'est pas visible, et semble avoir été élargi par la présence de la sonde.

On fait une gastrectomie que l'on réalise de droite à gauche. Le temps duodénal est facile ; par contre, le temps fondique est très difficile à cause de la hauteur de l'ancien ulcère qui oblige à tirer très fort sur l'estomac.

On peut réaliser cette *Gastrectomie grâce au Polya*, qui permet de suppléer au manque de tunique gastrique.

4-10-1936. — Suites opératoires normales, bien que la paroi soit longue à se cicatriser.

6-11-1936. — Depuis sa dernière intervention, le malade se plaint de souffrir de l'hypochondre droit. Ces douleurs se sont étendues à la région des lombes. Ce sont des douleurs sourdes, s'exaspérant sous forme de coliques. A la palpation bimanuelle, on sent une masse perceptible sous les fausses-côtes droites.

10-11-1936. — Incision sous-costale gauche ; drainage d'une petite collection sous-phrénique.

3-12-1936. — La radiographie de contrôle montre une image caractéristique de Polya avec évacuation satisfaisante, sans reflux dans l'anse afférente.

6-2-1941. — Le malade présente un état général excellent. Il a repris son travail de maçon et sa vie normale depuis son opération. A l'examen clinique, présence d'une petite éventration médiane au niveau de l'ancienne cicatrice. Il pèse actuellement 58 kilogs, après avoir atteint 60 kilogs, il y a quelques mois. Le malade qui était un éthylique avoue boire 4 litres de vin par jour. Il n'éprouve jamais de brûlures, mais des douleurs légères deux ou trois heures après les repas de midi, qui sont calmées aux dires du malade, par l'ingestion alimentaire. Il est à noter que le malade ne suit pas son régime, depuis 18 mois, mais que les légumes verts sont moins bien tolérés. Un examen médical pratiqué au mois de novembre 1940 aurait décelé un diabète léger traité uniquement par le régime alimentaire. Ce régime antidiabétique mal supporté, a été abandonné au bout de deux mois.

A l'examen radioscopique, petit moignon gastrique de quatre travers de doigts. Vidange immédiate et très rapide. En quelques instants, le grêle est plein, et l'estomac vidé. On constate un certain reflux dans l'anse afférente.

OBS. VIII. — M. H..., 47 ans (Docteur LATREILLE, de Grenoble).

Volumineux ulcère de la petite courbure. Le début de la maladie remonte à sept ans environ.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — *Ablation de la sonde au 50^e jour, les signes radiologiques ayant disparu.*

GASTRECTOMIE : POLYA FINSTERER. — *Le 491^e jour après la gastrostomie, à cause de la réapparition des symptômes. Les suites opératoires ont été simples. Le malade n'a pu être retrouvé.*

Il s'agit d'un malade qui souffre de l'estomac depuis

6 ou 7 ans. Les crises douloureuses avec vomissement sont améliorées d'une façon satisfaisante, par le traitement médical. Il n'y a jamais eu d'hématémèse ou de moelena.

En avril 1935, les douleurs ayant repris avec une grande intensité, l'état général devenant précaire, le malade entre à l'hôpital.

L'examen radiographique pratiqué alors met en évidence une niche haut située sur la petite courbure.

26-4-1935. — Exploration par laparotomie sus-ombilicale.

Il s'agit d'un volumineux ulcère avec réaction inflammatoire étendue, empêchant une exérèse. On fait, selon la technique de M. Santy, une *Gastrostomie transpylorique*.

Le malade est nourri à la sonde pendant 40 jours, puis il recommence à s'alimenter à la fois par la bouche et par la sonde. Cette dernière est enlevée le 50^e jour, un examen radiographique ayant montré la disparition de la niche.

Perdu de vue pendant 6 à 7 mois, le malade va bien.

En mai 1936, les douleurs réapparaissent, elles deviennent constantes, très violentes, irradiées à la région lombaire. Les vomissements sont très fréquents, et le malade maigrit de façon considérable. De nouveaux examens radiographiques sont pratiqués. Ils ne peuvent mettre en évidence l'ancienne niche, mais il existe une stase gastrique importante.

1^{er}-10-1936. — On décide d'intervenir.

Rachianesthésie. Jones 18 cc. excellente. Incision médiane. Symphyse serrée à la paroi. L'estomac et le foie sont difficiles à libérer. On constate qu'il s'agit d'un volumineux ulcère de la petite courbure, pénétrant dans le pancréas. On fait une libération par l'arrière de la cavité, avant d'arriver sur le duodénum que l'on ferme par

un fil circulaire, puis par deux plans de suture. Gastrectomie très à gauche. Le mésocolon étant très rétracté sur la région pancréatique, on fait un *Polya Finsterer* pré-colique. Jéjuno-jéjunostomie complémentaire au boufon. Mèches sur le pancréas. Fermeture de la paroi en deux plans.

Examen de la pièce : Ulcère perforant de la dimension d'une pièce de 20 francs, ayant rétracté considérablement la petite courbure. La résection de la petite courbure porte sur 10 cm., celle de la grande courbure sur 24 cm. Gastrite ulcéreuse marquée.

Les suites opératoires sont très simples.

Actuellement, fin octobre 1936, le malade va très bien et digère déjà très facilement.

Le malade n'a pu être retrouvé depuis.

OBS. IX. — Mme S..., 57 ans (Observation de M. le Professeur SANTY).

Ulcère de la partie verticale de la petite courbure, cal-leux perforé dans le pancréas très induré Le début de la maladie remonte à sept ans.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — *La sonde a été maintenue 70 jours, bien que mal supportée. L'état général s'est considérablement amélioré, malgré une faible reprise de poids. On note une atténuation des signes radiologiques.*

GASTRECTOMIE : POLYA. — *Les suites opératoires sont simples.*

La malade n'a pu être retrouvée.

L'affection actuelle remonte à 7 ans. — A cette époque, douleurs post-prandiales, survenant une à deux heures après le repas, à siège épigastrique et sous-cortal, sans irradiation spéciale obligeant la malade à se courber sou-

vent en deux. Ces douleurs survenant régulièrement après chaque repas, étaient calmées par les vomissements alimentaires, par l'ingestion de médicaments alcalins. Au bout d'un certain temps, période d'accalmie, dont la durée était de un mois à un mois et demi. Donc, caractère très net de périodicité. Il n'y a jamais eu d'épisodes hépatiques ou de nature cholédocienne.

Depuis quelques années, les douleurs se sont rapprochées, la périodicité s'est raccourcie considérablement. La malade souffre presque quotidiennement. Le caractère des algies a changé également ; celles-ci sont en effet, plus violentes en intensité, plus étendues en localisation épigastre, hypochondre, région dorso-lombaire. L'état général devenu médiocre, conséquence d'un amaigrissement de 18 à 20 kilogs. Enfin, des complications sont venues se greffer : hématomésés, depuis le mois de novembre 1938, d'importance variable, de sang tantôt rouge, tantôt noir. La dernière remonte à 15 jours environ. Les réactions de Weber pratiquées dans les selles, sont positives en série.

A l'entrée, la malade se présente avec un état général médiocre, considérablement amaigrie, peau sèche, mais apyrétique. L'examen clinique ne révèle rien. Il est très gêné par la contracture. On peut noter cependant, des points douloureux épigastriques certains, dorsaux également.

Il n'y a rien à signaler dans les antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels de la malade.

La radiographie montre une énorme niche de Hau-deck avec ligne de niveau. Cette niche est située au niveau de la région moyenne de l'estomac, qui est atonique et paresseux, avec un grand fond de stase.

On commence par rehydrater la malade.

12-2-1939. — On pratique une transfusion de 250 cc. qui s'effectue sans incidents. La malade est mise au goutte à goutte intraveineux.

15-2-1939. — Docteur Roman, Docteur Michel.

Anesthésie locale. Ulcère de la petite courbure, calleux perforé dans le pancréas, induré. Estomac cependant assez mobile. On fait une *Gastrostomie transpylorique* dont les suites opératoires sont très simples.

28-2-1939. — Numération globulaire :

G. R. : 2,387.000

G. B. : 5.500.

Les réactions de Weber pratiquées le 11 mars 1939 et le 14 mars 1939 sont légèrement positives.

21-3-1939. — La malade supporte son alimentation par la sonde d'une façon imparfaite, bien qu'elle ait repris 600 gr. Elle se plaint de douleurs au niveau de l'hypochondre droit, avec sensation de coliques sous le foie. L'alimentation par la sonde doit être administrée très lentement, et plusieurs fois, la malade a eu des vomissements, en partie alimentaires, ce qui laisserait supposer un autoperistaltisme duodénal.

A la radiographie, on note une niche très petite, ayant perdu surtout la profondeur considérable des premiers clichés.

20-4-1939. — La malade supporte toujours assez mal la sonde, se plaint de douleurs, devient impatiente, réclame la suppression de la sonde. Bien que la reprise de poids n'ait pas été considérable depuis l'intervention, l'état général est meilleur.

21-4-1939. — Transfusion de 300 cc sans incident, à titre thérapeutique, pour son anémie et pour tâter la susceptibilité de la malade, chez qui on envisage une transfusion après la gastrectomie.

25-4-1939. — Professeur Santy.

Anesthésie au cyclopropane après 2 cc. de morphine. Dissection de la fistule de gastrectomie. La libération de l'estomac est assez difficile. Le grand épiploon est fixé dans le ventre, et la grosse tubérosité gastrique est fixée

dans l'hypochondre par des adhérences épiploïques. En libérant ces adhérences, on déchire le bord antérieur de la rate. Sur le moment, on se contente de tamponner, en fin d'intervention, on fait l'hémostase du bord splénique par coagulation. Libération de l'estomac de droite à gauche. Le duodénum est comme d'habitude allongé et dilaté. La libération en est simple. L'ulcère de la face postérieure de la petite courbure est encore volumineux, pénétrant, et adhérent au pancréas. On le libère aux ciseaux, en reproduisant la perforation qui correspond à une pièce de 0 fr. 50. On fait une gastrectomie immédiatement en amont du bord gauche de la brèche, et on termine par un *polya* sur toute la largeur de la tranche gastrique. Le duodénum a été fermé par ligature facile. L'opération a été assez longue et assez hémorragique. On fait 500 gr. de sérum intraveineux et 300 gr. de transfusion.

Les suites opératoires sont remarquables. La malade quitte le service, digérant bien, mais n'ayant pas repris de poids. Elle n'a pu être retrouvée.

OBS. X. — M. C..., 50 ans (Observation de M. le Professeur SANTY).

Ulçère de la petite courbure, voisin du cardia. L'affection remonte à 23 ans.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — *On enlève la sonde au bout de 64 jours, les signes radiologiques ayant alors disparu.*

Le malade refuse la seconde intervention. 34 mois après, réapparition des signes radiologiques et cliniques. On note alors un amaigrissement et une anorexie sévère.

GASTRECTOMIE : POLYA. — *Les suites opératoires sont mauvaises.*

L'affection actuelle est très ancienne, elle remonte à 23 ans. Le malade l'attribue à un traumatisme. Les premiers symptômes se manifestèrent par des brûlures dans l'hypochondre gauche, accompagnées de lourdeur de tête, et précédées par des fermentations caractérisées par des renvois acides. A cette époque, les douleurs sont calmées par les alcalins, la position couchée en décubitus latéral gauche, l'ingestion alimentaire. A noter que ces crises survenaient à horaire fixe, environ 4 heures après l'ingestion alimentaire.

Depuis 1936, les crises se rapprochent et deviennent plus violentes.

En janvier 1938, les douleurs devenant intolérables, et ne cédant pas aux alcalins, le malade va consulter M. le Docteur Paliard qui le confie à M. le Professeur Santy.

La radiographie en série montre très nettement un ulcère de la petite courbure, voisin du cardia.

22-1-1938 : Anesthésie au protoxyde d'azote. Exploration. L'ulcère est extrêmement haut, on a la sensation qu'une gastrectomie serait dangereuse. On fait une *gastrostomie transpylorique* pour mise au repos de l'ulcère.

26-3-1938 : Le malade a gardé sa sonde jusqu'à présent, soit pendant 64 jours. Il a pu poursuivre son alimentation correctement, et ne paraît pas avoir perdu une quantité considérable de poids.

Les radiographies ne montrent plus de niche d'ulcère. On supprime la sonde, et *le malade refuse une seconde intervention*.

16-10-1940. — Le malade revient plusieurs fois à la consultation, parce qu'il a continué de souffrir. Alors qu'il avait repris un poids de 83 kgs, il maigrit de nouveau et pèse 73 kgs.

29-10-1940. — Professeur Santy. — Anesthésie locale après deux scophédal.

L'exploration gastrique est rendue malaisée par les

adhérences de l'estomac à la face inférieure du foie et à la paroi abdominale antérieure. La libération est difficile. On trouve un très volumineux ulcère au sommet de la face postérieure de la petite courbure juxta cardiaque, adhérent au corps du pancréas. Toute la partie haute du petit épiploon est épaissie, inflammatoire, opaque. Les manipulations de la petite courbure sont, de ce fait, très pénibles. La région pylorique est adhérente au foie, on la libère progressivement, ainsi que le duodénum, de tractus rétractiles périoduodénaux. La libération de l'estomac est enfin gênée par le volume et la surcharge graisseuse du grand épiploon. Le siège juxta-cardiaque, et la fixité de l'ulcère, l'épaisseur de la paroi abdominale, compliquent terriblement l'exérèse par gastrectomie, mais il paraît bien que ce soit le seul traitement possible. Gastrectomie de droite à gauche. Enfouissement du duodénum par ligature, libération de proche en proche, accès sur l'ulcère par la face postérieure, après relèvement de l'estomac. Ouverture de la niche et décollement jusqu'au cardia. Il semble que la partie terminale de l'œsophage soit sténosée et fasse une sorte de jabot en amont. Ligature de la crosse de la coronaire. Ligature des vaisseaux droits venant de la splénique. Pour pouvoir faire l'exérèse de l'ulcère, on sectionne tout d'abord transversalement la grosse tubérosité, puis présentant le moignon restant juxta cardiaque avec deux pinces de Tuffier, on résèque l'ulcère en queue de raquette. On a alors en main un très petit entonnoir gastrique, refendu en arrière jusqu'au cardia. On ferme tout d'abord cette fente postérieure avec des points séparés à la soie, sur la muqueuse, et des points séparés au catgut sur la séro-musculaire. On fait alors glisser par la bouche du malade, un tube de Camus, jusque dans ce moignon gastrique. On termine par un *Polya* — en anastomosant l'anse grêle sur toute la tranche du moignon et en faisant glisser le tube de Camus dans l'anse efférente.

30-10-1940. — Au lendemain de l'intervention, le malade reste prostré; le soir, apparaissent des vomissements qui justifient une réintervention le 31 au soir.

31-10-1940. — Réintervention. Evipan. L'anse afférente est trouvée distendue, on fait une jéjuno-jéjunostomie au bouton de Jaboulay.

Dans la journée du 1^{er}, le malade est ressuscité, mais il rebaisse rapidement, en représentant des signes d'hémorragies, malgré tous les efforts aboutissent à la mort dans la nuit du 3 au 4 novembre 1940.

La nécropsie montre un énorme hématome sous-diaphragmatique gauche. Il semble qu'il provienne du sommet de la tranche gastro-gastrique, au niveau de la ligature de la coronaire gastrique qui a dû lâcher sous l'influence d'une infection.

III. — Gastrectomie Finsterer après gastrostomie transpylorique

OBS. XI. — M. S..., 41 ans (Observation de M. le Professeur SANTY).

Enorme ulcère de la petite courbure, adhérent au foie et au pancréas. Le début de la maladie remonte à 6 mois.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — *Au bout de 40 jours, disparition radiologique de la niche. L'état général du malade est excellent, la reprise de poids est satisfaisante. On enlève la sonde le 50^e jour.*

GASTRECTOMIE. FINSTERER. — *Les suites opératoires sont extrêmement simples.*

Etat actuel : Le malade ne souffre plus, a repris son poids normal.

Le début de la maladie remonte à 6 mois. Les premiers symptômes furent des douleurs épigastriques irradiées dans les épaules et les côtés, la région lombaire. Ces douleurs survenaient sans horaire fixe, irrégulières et sans rapport apparent avec les repas. Elles ont, néanmoins, un caractère de périodicité, avec des périodes d'accalmie complètement indolores. A noter, chez ce malade, un éthylisme considérable : 6 litres de vin par jour. il n'y a jamais eu de moélena, ni d'hématémèses. Le malade a perdu 12 kgs.

Une radiographie montre une énorme niche de la partie basse de la petite courbure, avec rétraction de la paroi gastrique, mais persistance de l'aspect irradié des plis de la muqueuse.

28-12-1938. — Laparotomie exploratrice. On trouve un énorme ulcère de la partie verticale de la petite courbure, adhérente au foie et au pancréas, entouré d'une zone d'œdème très considérable et très étendue. La cavité de l'ulcère est perçue à travers la paroi gastrique profonde et large. On fait une *gastrostomie transpylorique*.

Les suites opératoires sont simples. L'alimentation habituelle par le procédé du goutte à goutte, se fait sans incident. La reprise de poids est de 3 kgs.

Une radiographie faite 40 jours après, en position couchée, montre la disparition de la niche, mais on note la persistance de la rétraction de la petite courbure, étendue sur un centimètre, et paraissant correspondre à l'ancienne niche.

18-2-1939. — Anesthésie générale au cyclopropane. La libération de l'estomac est hémorragique et pénible, surtout au niveau de la face inférieure du foie. L'ulcère a diminué de volume, mais l'estomac est resté déformé par la diminution de longueur de la petite courbure. Il reste très peu d'adhérences pancréatiques, qui sont seulement vélamenteuses. La première partie du duodénum est cou-

verte par un épaississement péritonéal, que l'on prend quelques minutes pour un ulcère, mais qui se libère très facilement.

Gastrectomie de droite à gauche : *Finsterer*.

L'examen de la pièce montre une petite courbure très diminuée de longueur, avec un ulcère en voie de cicatrisation, et dont la cavité a un diamètre de 1 cm. On se rend compte, en examinant la pièce, que la lésion initiale était un ulcère en selle, qui a détruit une bonne partie de la face antérieure et de la face postérieure de l'estomac, et dont la lésion actuelle occupe le centre.

Le compte rendu histopathologique indique que l'ulcère repose sur la couche sous-muqueuse très épaissie et fibreuse. Il n'y a aucun signe de dégénérescence néoplasique.

Les suites sont extrêmement simples, la reprise de l'alimentation buccale est rapide. Le malade quitte le service un mois après l'intervention, ayant repris 10 kgs, et étant à 2 kgs de son poids normal.

17-4-1939. — Le malade a repris son poids normal.

31-1-1941. — Le malade a repris son travail dès sa sortie de l'hôpital. C'est un ouvrier agricole qui présente un état général excellent, une très bonne musculature. Gros buveur de vin avant sa maladie, il a repris ses habitudes : 3 à 4 litres, journallement. Le malade fait trois repas par jour, les digestions sont bonnes, il n'accuse aucun malaise, aucune douleur post-prandiale. Il est à noter, qu'en plus de l'éthylisme avoué par ce malade, il n'a jamais suivi son régime depuis sa sortie de l'hôpital. Le malade, qui, à cette époque, pesait 56 kgs, en pèse actuellement 60, c'est-à-dire, son poids normal.

A l'examen clinique, on constate une paroi assez bonne, malgré les suppurations qui ont suivi ses deux interventions.

Il n'est à signaler, qu'un petit point d'éventration au

niveau de la cicatrice, mais qui ne dérange aucunement le malade dans son travail et ne le fait pas souffrir.

A l'examen radioscopique, on voit un tout petit moignon gastrique, conique, qui se vide d'une façon progressive. L'intestin grêle retient la bouillie. Pas de péristaltisme très violent.

En résumé : Très petit moignon gastrique. évacuation satisfaisante.

OBS. XII. — Mme L..., 62 ans (Observation de M. le Professeur SANTY).

Ulcère calleux et très volumineux de la partie moyenne de la petite courbure, l'affection actuelle remonte à 10 ans.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — *La sonde est maintenue 66 jours. Excellent état général, bonne alimentation, reprise de poids. L'ulcère est devenu moins adhérent au pancréas.*

GASTRECTOMIE. FINSTERER. — *Les suites opératoires sont simples. Légère suppuration pariétale. Bonne reprise de poids.*

Etat actuel : la malade n'a pu être retrouvée.

Le début de l'affection actuelle remonte à 10 ans. Elle commença par un syndrome ulcéreux périodique. Il y a 5 ans, le diagnostic radiologique d'ulcère de la petite courbure avait été porté. Un traitement médical donna une amélioration d'une année environ. Depuis deux ans, reprise des douleurs ulcéreuses périodiques, très violentes, à siège épigastrique, se propageant dans le dos avec vomissements, moelena mais ne s'accompagnant pas d'un amaigrissement notable. L'état général semble bien conservé. Il n'y a rien à signaler dans les antécédents.

A l'examen radiographique, on note une large ulcération avec rigidité de la paroi, à la jonction de la partie verticale et horizontale entraînant une déformation considérable de l'estomac avec biloculation.

Le 14-9-1938. — Anesthésie au cyclopropane. Il s'agit d'une énorme lésion de la petite courbure, pour laquelle on hésite entre le néoplasme et l'ulcère. Elle occupe la partie moyenne de la petite courbure, plutôt en arrière pénétrant sous forme d'une très volumineuse niche dans le petit épiploon, et le pancréas. Son volume est tel, et la profondeur de la niche si grande, qu'on a de grosses hésitations sur la nature néoplasique possible. Cependant, on ne trouve pas de ganglions, pas de signes d'envahissement secondaire, pas d'ascite, et on pense qu'il peut s'agir d'un gros ulcère cavitairé. Comme, dans cette hypothèse, l'exérèse immédiate est impossible, en raison des conditions locales, et de l'âge de la malade, on fait une *gastrostomie transpylorique* avec le désir de réaliser une gastrectomie le plus tôt possible, si son état général le permet.

Les suites sont très simples. La malade reprend des forces et du poids. Les douleurs disparaissent. L'alimentation par la sonde de gastrostomie se fait très facilement. Une radiographie pratiquée au bout de 40 jours, montre une diminution considérable du volume gastrique avec un assouplissement de la paroi.

Le 19-11-1938. — Anesthésie locale. Libération de la fistule de gastrostomie. L'estomac se libère facilement. On retrouve un gros ulcère de la face postérieure de la petite courbure adhérent à la face interne du pancréas, sans qu'il y ait pénétration. Le duodénum est très long, très mobile. Il semble avoir été dilaté.

Gastrectomie de droite à gauche, on sectionne le coronaire, après avoir sectionné le duodénum. On arrive à extérioriser assez facilement l'estomac, en tirant sur le

moignon gastrique. On est conduit ainsi à faire une gastrectomie haute, que l'on termine par un *Finsterer*, en réduisant très peu l'étendue de la tranche gastrique qui n'est pas très longue. On éprouve de grosses difficultés pour la fermeture de la paroi, tenant à la rigidité de celle-ci, et à la résection de la fistule gastrique. On ferme par des points séparés, avec des points doubles. On est obligé d'utiliser des fils métalliques pour le bas de l'incision.

A l'examen de la pièce : on retrouve sur la petite courbure, à quatre travers de doigts du sphincter pylorique, un ulcère de la petite courbure, qui s'est comblé par une cicatrice, ayant tout à fait l'aspect d'un enfouissement. On a la sensation que l'énorme perte de substance initiale s'est comblée par rétraction. Sur le versant antérieur de la petite courbure, il existe du reste, une très large cicatrice d'ulcération, qui était le prolongement en selle de la perforation, et qui s'est réparée par une cicatrice muqueuse plane. L'orifice de gastrostomie est à 3 cm. à peine du pylore.

Suites opératoires. — La température persistante à cause d'un hématome, on incise celui-ci au sixième jour. La suppuration est assez abondante, puis tout rentre dans l'ordre, vers le 15^e jour. On enlève les fils métalliques le 17^e jour. Du 15^e jour à son départ, la malade a reçu 15 unités d'insuline par jour.

La radiographie montre un petit moignon gastrique et une évacuation satisfaisante.

18-12-1938. — La malade quitte le service avec un bon état général.

5-1-1939. — La paroi est en bon état. La malade a repris 500 gr.

2-2-1939. — Excellent état général, a engraisé de 3 kgs. A repris son alimentation normale, les repas sont abondants, sans aucun trouble,

30-3-1939. — A repris 7 kg. depuis son intervention. Légère suppuration de la paroi.

IV. — Gastrectomie Billroth II après gastrostomie transpylorique

OBS. XIII. — Mme J..., 48 ans (Observation de M. le Professeur SANTY).

Ulcère de la petite courbure. L'affection est très ancienne.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — La sonde est maintenue 110 jours. Bon état général bonne reprise de poids.

GASTRECTOMIE. BILLROTH II avec libération facile des adhérences. — Suites opératoires : très simples. Obligation de réintervention pour ablation du bouton. Bon état général, reprise de poids. — Etat actuel : excellent, a repris son poids normal; quelques difficultés de digestion améliorées par le régime.

L'affection actuelle semble être très ancienne. En effet, la malade, qui est âgée de 48 ans, se plaint depuis l'âge de 19 ans, de douleurs gastriques survenant deux à trois heures après chaque repas. Elles étaient alors calmées par l'ingestion d'aliments, pas de vomissements à cette époque.

Des périodes de rémission complète, très prolongées, ont succédé à ces douleurs, durant plusieurs années. Par la suite, la malade a eu, en 20 ans, deux épisodes douloureux.

Mais, depuis 1924, les douleurs ont changé d'aspect, elles sont plus intenses, survenant tous les jours, après tous les repas, sauf deux mois de rémission, en 1935. Les

douleurs sont alors calmées par des vomissements assez fréquents, contenant des aliments, et un liquide acide. L'état général a baissé, très fortement depuis un an : amaigrissement de 20 kgs, qui se précipite ces derniers temps. Anorexie absolue, asthénie totale. Actuellement, la malade est décharnée, son ventre est plat et rétracté.

A l'examen radioscopique, on constate, dans le remplissage, une énorme niche en haut de la petite courbure. Cette niche présente des caractères de malignité.

1° Ses dimensions considérables, pièce de dix francs, malgré des contours réguliers, et un remplissage homogène;

2° Elle s'inscrit dans une lacune avec larges infiltrations des parois gastriques, tout autour et contour, flou et irrégulier. L'infiltration s'arrête en bas, à l'angulus.

8-4-1936. — On sent, à l'épigastre, une grosse tumeur, du volume d'une orange, dont on ne peut préciser exactement les contours, en raison de la tonicité des grands droits. Cette tumeur déborde dans l'hypochondre gauche, elle est toute entière douloureuse à la pression. L'estomac repéré à la percussion, par le liquide qu'il contient, descend jusqu'à l'ombilic.

29-4-1936. — Anesthésie locale. Exploration gastrique. On trouve au niveau de la petite courbure, une infiltration totale, avec lésion fixée en arrière. Cependant, il persiste un doute sur la possibilité d'un ulcère ancien calleux. Aussi, décide-t-on de faire une *gastrostomie transpylorique*, à la sonde de Pezzer.

19-7-1936. — A l'examen radioscopique, on note une traversée œsophagienne, absolument normale. Intenses contractions gastriques. Pas de déformations notables des courbures. La traversée duodénale est normale.

La malade a repris un bon état général.

18-8-1936. — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane, sus-ombilicale, circonscrivant la bouche de

gastrostomie. Libération de l'estomac. On trouve, sur la petite courbe, qui est rétractée, et réduite à quelques centimètres, un ulcère peu adhérent, occupant la partie moyenne et expliquant la rétraction de la petite courbure. On décide de faire une gastrectomie. Libération de la grande courbure, section du pylore, enfouissement du moignon. On libère la petite courbure. En raison de la hauteur de l'ulcère, on décide de faire un *Billroth II*. Extériorisation de la première anse jéjunale. Gastro-postérieure au bouton transmésocolique. Section de l'estomac. Suture en 3 plans, de la franche gastrique. Fermeture.

Les suites opératoires ont été extrêmement simples.

7-9-1936. — On radioscope la malade, et on trouve un estomac de forme triangulaire, dont le sommet montre la présence d'un bouton anasmotomique, qui n'a pas encore été évacué. La bouillie passe dans l'intestin, et remplit l'anse afférente et efférente. L'estomac se vide en une heure.

12-9-1936. — La malade présente quelques vomissements qui s'accroissent, et le 16, une radioscopie montre, d'une part, le bouton toujours en place, et, d'autre part, que la bouillie barytée passe difficilement.

Devant ces faits, on ordonne des lavages d'estomac, une alimentation liquide, de la glace sur le ventre.

27-9-1936. — Le bouton est encore en place. Les premiers centimètres cubes de bouillie passent immédiatement dans le grêle, puis, arrêt complet, et absence de contractions gastriques.

20-10-1936. — Anesthésie générale à l'éther. Incision sur la ligne de cicatrice. On trouve l'épiploon et le foie adhérent, à la paroi, d'une part, et à l'estomac de l'autre. Libération. L'anse afférente est collée le long du côlon. On la libère, et on arrive ainsi, à l'anastomose complètement dissimulée par le côlon. On libère l'estomac sur

5 cm. On saisit le bouton entre deux doigts, et on incise sur le bouton. Le jéjunum est facile à libérer, l'estomac, plus difficile. Le bouton est enfin saisi et enlevé. On suture la muqueuse d'une part, la séreuse et la musculieuse d'autre part, avec des points séparés.

Les suites sont excellentes, la malade part le 11 novembre chez elle.

10-12-1936. — Très bon état, a repris 2 kgs 500.

27-3-1941. — La malade revient à la consultation, n'a jamais consulté de médecin depuis le mois de décembre 1936. Elle a repris son travail, comme par le passé. Elle s'alimente normalement, c'est-à-dire un petit déjeuner et deux repas par jour. Elle a suivi son régime alimentaire, aussi longtemps que le lui ont permis les circonstances actuelles. Elle ne peut digérer les salades et les ragouts. Ses digestions sont un peu pénibles, et la malade est quelquefois obligée de se coucher après les repas. Son état général est excellent. Elle a repris son poids normal.

OBS. XIV. — Mme R..., 59 ans (Observation de M. le Professeur SANTY).

Ulcère chronique de la petite courbure, énorme, fixé à la face inférieure du foie, et au pancréas. La maladie est très ancienne.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — *La sonde est maintenue 110 jours, très bien tolérée, bon état général, bonne reprise de poids. Les adhérences sont moins grandes.*

GASTRECTOMIE BILLROTH II. — *Suites opératoires : très simples. Suppuration de la paroi, reprise de poids. Excellent état général. — Etat actuel : excellent état général.*

La maladie remonte à plusieurs années. Gros amaigrissement. Cachexie. Une radiographie montre une énorme niche de la petite courbure, avec estomac presque entièrement supprimé par la lacune.

19-1-1937. — Anesthésie locale. Il s'agit d'un énorme ulcère ou ulcéro-cancer de la petite courbure, avec une cavité ou loge de deux doigts, fixée à la face inférieure du foie et au pancréas. On fait une *gastrostomie transpylorique*, suivant la technique habituelle.

La gastrostomie donne progressivement une grosse amélioration. L'alimentation est poussée goutte à goutte, presque continue, avec des diases et des farines. Certains aliments sont mal tolérés : le jus de viande, les œufs.

Des radiographies répétées chaque mois, montrent la diminution progressive de la niche, et la persistance d'un spasme médiogastrique.

8-4-1937. — Anesthésie générale au protoxyde d'azote. Laparotomie médiane, dissection de la fistule de gastrostomie, qu'on ferme temporairement. Libération facile du péritoine en avant, en arrière, au contraire, l'estomac est largement adhérent au pancréas par sa petite courbure. En essayant de la libérer, on ouvre la cavité cicatricielle de l'ulcère. On décide une gastrectomie qui est faite de droite à gauche, et est rendue difficile par la rétraction de l'estomac, et la difficulté de l'hémostase. On termine par un *Billroth II* au bouton de Jaboulay.

Sur la pièce : estomac légèrement biloculaire, par une large cicatrice d'ulcère de la petite courbure, perforé au niveau de l'adhérence pancréatique.

20-5-1937. — Suites simples. Suppuration de la paroi.

10-7-1937. — La malade quitte l'hôpital.

15-6-1938. — La malade est revue méconnaissable. Elle a engraisé de 14 kgs, a repris ses forces, s'est recolorée, et ne présente plus aucun trouble digestif.

25-1-1941. — La malade n'a pas souffert depuis sa sor-

tie de l'hôpital. Elle présente des lourdeurs après les repas, mais n'a jamais eu de vomissements. La malade ne suit aucun régime, dit manger de tout, sauf ce qui est épicé. Elle a repris actuellement, approximativement, le poids qu'elle avait avant la maladie.

V. — Gastro-entéro-anastomose après gastrostomie transpylorique

OBS. XV. — Mme X..., 73 ans (Observation de M. le Professeur SANTY).

Adhérence totale de l'estomac aux organes voisins.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — *La sonde a été conservée 160 jours, elle a permis une bonne alimentation. L'état général de la malade est excellent. Les adhérences ont rétrocedé.*

GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE. — A cause de l'âge de la malade. — Suites opératoires simples. *Excellent état général, bonne reprise de poids.*

C'est une malade de 73 ans, envoyée en octobre 1920, par M. le Docteur Daujat, pour des troubles gastriques, caractérisés par des vomissements très rapprochés, ayant amené un état cachectique impressionnant.

La radioscopie montrait un estomac minuscule, sous la coupole diaphragmatique, prolongé par un canal filiforme, aboutissant à une seconde poche gastrique pylorique, elle-même assez restreinte.

Le diagnostic clinique fut celui de néoplasmes très étendus de l'estomac.

8-10-1920. — Anesthésie locale. En raison de l'impossibilité de réaliser une alimentation quelconque, on décide d'intervenir. Après laparotomie, estomac tenant à tous les organes voisins, impossible à libérer, la moindre ten-

tative de libération pouvait entraîner l'ouverture de la cavité gastrique. Malgré l'étendue des lésions, deux faits restaient favorables, le péritoine et le foie étaient intacts de lésions, à aspect néoplasique. L'antrum pylorique était libre sur une étendue grande comme une paume de main. *Gastrostomie transpylorique.*

Suites immédiates très bonnes. A la fin d'octobre, la malade quittait l'hôpital, s'alimentant à la sonde, surveillée par le Docteur Daujat. Cinq mois après, la malade, engraisée, transformée, ayant retrouvé ses forces, et qui plus est, s'alimente en partie par la bouche.

Au milieu de mai 1921, M. le Professeur SANTY propose de fermer la bouche de gastrostomie.

15 mai 1921. — Anesthésie générale. Laparotomie. L'estomac est libéré de ses adhérences avec les organes voisins, occupé seulement à la partie moyenne par une volumineuse cicatrice, dure et nacrée biloculant fortement l'organe et, hésitant à faire l'opération idéale, c'est-à-dire, la résection médiogastrique, qui aurait été la seule opération logique chez une malade jeune, on fait une *gastro-entérostomie* sur la poche supérieure, après avoir fermé la fistule prépylorique.

Revue en 1922, au mois de mai, cette malade était guérie.

Malgré ses 74 ans, elle a une vie très active, et ne ressemble en rien à la pauvre cachectique opérée en octobre 1920.

OBS. XVI. — Mme D..., 62 ans (Observation de M. le Professeur SANTY).

Ulcère de la petite courbure juxta-cardiaque.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — 80 jours après, bon fonctionnement de la sonde, excellent état général,

malgré une mauvaise utilisation de la sonde. Ulcère beaucoup moins volumineux, en voie de cicatrisation.

GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE A LA SUTURE.

SUITES OPÉRATOIRES : *excellentes. Petite suppuration pariétale. Reprise du poids. Bon état général.*

État actuel : *La malade ne souffre plus, a repris son poids normal. Bon fonctionnement de la bouche de gastro.*

Jusqu'à l'âge de 55 ans, la malade n'a jamais souffert de l'estomac : digestions normales.

La première crise a eu lieu en 1928. Douleurs, tout de suite après l'ingestion alimentaire, calmée par des vomissements spontanés. Cette crise dure 8 jours. Elle fut traitée par des alcalins.

Rechute en 1935. Digestions difficiles. Malaise général, amaigrissement de 3 kgs. Brûlures après les repas, aigreurs. Tous ces troubles ont été calmés après 4 mois de traitement. M. le Docteur Paliard a pratiqué à ce moment, un examen radioscopique, montrant un ulcère de la petite courbure, à sa partie moyenne. On note la disparition de la niche par le traitement, une amélioration très nette. Depuis l'année dernière, la malade ne suit plus son régime.

Rechute en 1937. Douleurs une heure après les repas, avec vomissements non provoqués, soulageant la malade. Amaigrissement de 4 kgs 500 en 6 semaines.

Depuis février 1937, alternatives de périodes douloureuses et de calme. M. le Docteur Paliard constate, dans un nouvel examen radioscopique, la même niche vue précédemment.

Depuis mai 1937 :

1° cette crise ulcéreuse n'est nullement modifiée par le traitement;

2° la malade n'a pas eu de jour d'accalmie.

Elle vomit après chaque repas, même lorsqu'elle a seulement ingéré du lait.

Léger amaigrissement.

La malade n'a pas eu d'hématémèse, ni de moelena.

Examen : zone douloureuse au niveau du creux épigastrique, à gauche. Ventre souple, par ailleurs, pas de clapotage à jeun.

Autres appareils : R.A.S. - T.A. : 11 1/4-7.

19-6-1938. — Intervention. Anesthésie locale. Petite laparotomie médiane sus-ombilicale *Gastrostomie transpylorique facile à l'aide d'une sonde de Nélaton*. On explore la petite courbure, et l'on sent à bout de doigt, la lésion qui est juxta-cardiaque et se prolonge vers le haut, surtout en arrière.

Suites excellentes : légère température, état fébrile pendant 5 jours, le pouls à 80, 90. Le deuxième jour, vomissements qui cessent rapidement. La sonde fonctionne très bien. Les suites sont excessivement simples.

3-8-1938. — L'état général n'est pas comparable. La malade ne souffre pas du tout, et est très satisfaite du résultat.

15-8-1938. — La malade a maigri de 8 kgs environ, depuis l'intervention. Faiblesse assez marquée. Sous-alimentation certaine. Celle-ci, plus surveillée, amène en 10 jours, une augmentation de 500 gr.

9-9-1938. — Anesthésie générale au cyclopropane. Libération de la gastrostomie. Au cours de cette libération, on fait une petite éraillure du parenchyme hépatique qui saigne. Oblitération de cette gastrostomie. Exploration facile de l'estomac, car il est volumineux, allongé et ptosé.

On trouve très facilement, très haut, sur la petite courbure, au niveau du cardia, l'ulcère en cause, beaucoup moins volumineux qu'à la première opération, qui n'est pas cavitaire, et semble en voie de cicatrisation. On hésite à faire une gastrectomie. L'âge de la malade, la situation élevée de l'ulcère, rendant l'opération difficile, on

décide de pratiquer une simple *gastro-entéro-anastomose*. Au point déclivé de l'estomac, on fait une large bouche à la suture.

Au cours de l'intervention, on a la surprise de trouver un ulcère pylorique. Il ne paraît pas s'agir d'une lésion causée par la sonde duodénale.

Suites opératoires : excellentes, — apyrétique — dès les premiers jours. La malade sort le 21 septembre 1938.

16-11-1938. — Cette dame revient en bon état. Elle est dans un service de médecine, pèse 43 kgs 600 (Docteur Santy).

24-11-1938. — Revient en parfait état, ne souffre plus, a repris 1 kg. 500.

15-4-1939. — Va bien, mais présente une petite supuration pariétale.

Ablation d'un crin pariétal.

25-4-1939. — La malade part, guérie.

6-2-1941. — La malade revient à la consultation. Depuis son opération, elle n'a jamais souffert. Elle a de bonnes digestions, et fait quatre repas par jour. Elle a suivi son régime jusqu'à ces temps derniers, où les difficultés d'approvisionnement, l'en ont empêchée. Malgré cela, elle pèse actuellement 48 kgs 600, soit approximativement, son poids normal.

A l'examen clinique, la malade présente une excellente paroi abdominale.

Examen radioscopique : remplissage progressif du bas-fond gastrique. Estomac très tonique, évacuation par la bouche de gastro, qui fonctionne très activement. Le bulbe duodéal s'imprègne, cependant, au cours des mouvements péristaltiques violents, de l'estomac.

En explorant la région haute de la petite courbure, on trouve une zone rétrécie, indéformable, qui donne l'impression d'une biloculation.

OBS. XVII. — M. P., 59 (Observation de M. le Professeur SANTY).

Enorme ulcère calleux de la partie haute de la petite courbure, adhérent à la face inférieure du foie et antérieure du pancréas.

GASTROSTOMIE TRANSPYLORIQUE. — 90 jours après, ablation de la sonde. Le malade se refuse à toute autre intervention. 18 mois après la gastrostomie, la réapparition des symptômes amène le malade de nouveau. On retrouve un volumineux ulcère de la petite courbure, adhérent au foie.

GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE à la suture. — Suites opératoires : excellentes. Bon état général. Reprise de poids.

Actuellement : aucun antécédent pathologique net. Le malade nie la spécificité. Ethylisme très marqué. Il souffre de l'estomac depuis 7 ou 8 ans. Ce sont des douleurs à horaire tardif, s'accompagnant rarement de vomissements. Phases d'accalmie de plusieurs mois. Jamais d'hématémèse, ni de moelena. Jamais de soulagement par le traitement. Amaigrissement progressif; pas de perte d'appétit ni de force.

Depuis 3 mois, les douleurs sont plus fortes, continues, survenant toute la journée, calmées par l'aspirine, les vomissements aqueux rarement alimentaires, jamais sanglants, survenant 2 ou 3 heures après les repas. Constipation très accentuée.

4-2-1930. — Le malade entre dans le service du Professeur Santy (Hôpital de la Croix-Rousse) amaigri, de teint un peu jaune, apyrétique. Son abdomen est souple. A la palpation, on note une zone douloureuse dans la région épigastrique, mais pas de masse perceptible. Foie un peu gros, rate non perçue.

5-2-1930. — Examen radioscopique. Baryte ingérée à 6 heures du matin, examen à midi. Il reste un très léger bas-fond. A l'ingestion, l'estomac descendant très bas, à un travers de main au-dessous de l'aile iliaque. Evacuation normale. Image de niche de l'ulcère à la partie moyenne de la petite courbure.

12-2-1930. — Laparotomie exploratrice. Il s'agit d'un énorme ulcère calleux, de la partie haute de la petite courbure, adhérent en avant à la face inférieure du foie, en arrière à la face antérieure du pancréas. Le foyer d'adhérence paraît aussi être le siège d'accidents inflammatoires récents.

Une traînée puriforme existe à l'union des tissus sains de l'estomac avec le foie. On recloisonne à nouveau cette région avec un point à la soie, et on fait une *gastrostomie transpylorique*, en dirigeant la sonde dans le duodénum. Peu à peu, le malade a pu s'alimenter à nouveau, par la bouche, tout en continuant par sa sonde.

15-3-1930. — Une radioscopie montre une ébauche de biloculation.

17-5-1930. — Ablation de la sonde. Libération du bord de la brèche gastrique, et suture de celle-ci. Le malade, très indocile, refuse toute autre intervention.

15-2-1931. — Revient, meilleur état général, a engraisé de quelques kilogs. La radiographie montre la disparition de la niche.

10-10-1931. — Revient avec un syndrome indiscutable. de sténose pylorique.

1^{er}-12-1931. — Intervention. Anesthésie générale au Schleich. Incision au niveau de l'ancienne cicatrice. Libération assez difficile de la face antérieure de l'estomac, qui apparaît très dilaté, épaissi, contenant du liquide. On sent, en refoulant la paroi gastrique de bas en haut, un très gros ulcère de la petite courbure, face antérieure du foie. On évite les manœuvres qui pourraient

décoller l'ulcère, et on fait une *gastro-entérostomie postérieure à la suture*.

9-4-1932. — Excellent résultat. A engraisé de 7 kgs, digère sans douleur et sans difficultés. Eventration au niveau de la cicatrice.

6-5-1933. — Revu, toujours en parfait état. A engraisé de 7 kgs depuis l'opération. Régime à suivre. Le malade est gêné par son éventration.

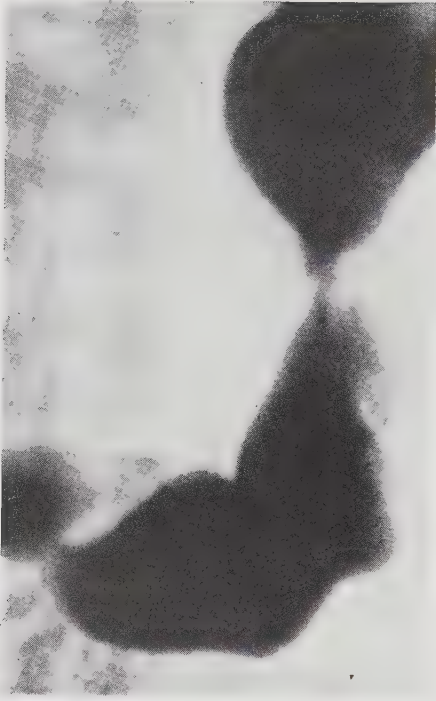


FIG. 1



FIG. 2

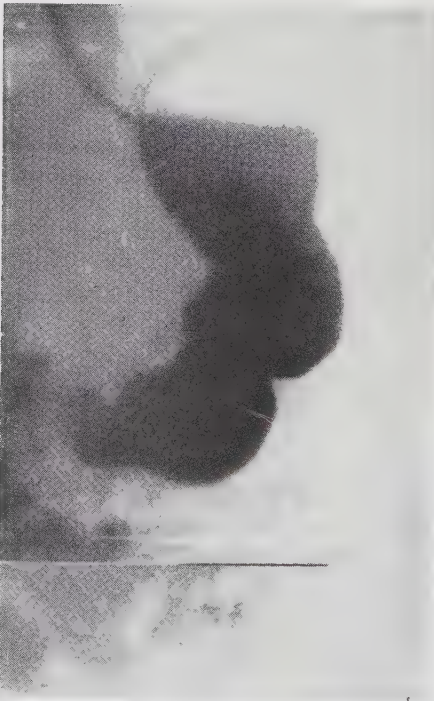


FIG. 3



FIG. 4



FIG. 5



FIG. 6



FIG. 7

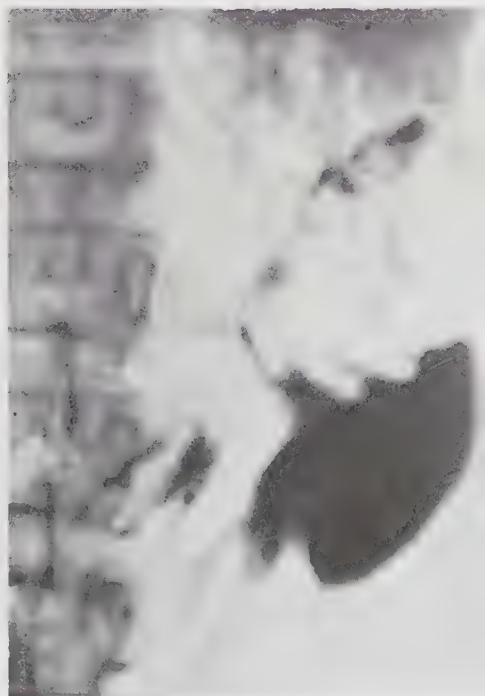


FIG. 8

CHAPITRE V

LES RESULTATS DE LA METHODE PROPOSEE

Dans les observations qui nous ont été confiées, nous trouvons un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes : 9 hommes et 8 femmes — fait qui serait à rapprocher de la fréquence de l'estomac biloculaire chez la femme (Thèse Santy) et de ce fait, signalé par de nombreux auteurs à savoir qu'une biloculation véritable, en raison de la dilatation de la poche supérieure, peut être provoquée par un ulcère très haut situé. Il est à noter, chez les hommes, des antécédents éthyliques très marqués. La chronicité de l'ulcère était bien établie, puisque le syndrome remonte à six ans en moyenne. La situation de l'ulcère se répartit ainsi :

4 ulcères haut situés

13 ulcères de la petite courbure..

Les résultats pourront être envisagés à la suite de chacun des deux temps qui composent le traitement, ainsi que les résultats tardifs autant que nous avons pu retrouver les malades.

I. — Gastrostomie transpylorique

Les suites opératoires ont été très simples, et les malades ont pu être nourris par la sonde dès les premières heures. Au niveau de la sonde, se produit quelques fois une petite suppuration qui est peu fréquente en réalité, puisque nous ne la retrouvons que dans cinq observations. Elle est très rapidement enrayée par la thérapeutique habituelle des plaies superficielles.

La sonde a été maintenue pendant un temps très variable, en moyenne, 70 jours. Cette durée de maintien de la sonde varie d'ailleurs avec le chirurgien. Habituellement, M. le Professeur Santy maintient la sonde pendant deux à trois mois, à moins qu'une raison majeure n'oblige à réintervenir plus tôt. Dans les observations fournies par M. le Professeur Agrégé Mallet-Guy, nous voyons ce temps réduit de 20 à 30 jours. Il est bien entendu que la durée de l'alimentation duodénale doit être suffisante pour permettre la rétrocession des adhérences, la diminution des dimensions de l'ulcère et le relèvement de l'état général. Quoi qu'il en soit, la sonde fut très bien supportée dans l'ensemble. La malade de l'observation N° XVI qui ne tolérait pas cette alimentation s'améliora considérablement dès que l'on mit en pratique les principes énumérés dans le chapitre précédent. Le déplacement pouvait rendre la méthode inefficace, aussi devra-t-on comme nous en démontrions la nécessité dans la technique de la gastrostomie transpylorique, vérifier la bonne place de la sonde.

Après la gastrostomie transpylorique on constate des modifications locales et générales.

.. LOCALEMENT :

Les signes objectifs sont tous en régression. Il sera utile de pratiquer des contrôles radiologiques très fréquents au cours de cette période de mise au repos.

Il est habituel de constater dès les premières semaines de l'alimentation duodénale, des modifications importantes des images radiologiques qui ne sont d'ailleurs que la traduction des transformations anatomiques qui seront constatées lors du second temps opératoire.

Ces modifications, quelles sont-elles ?

1° PHÉNOMÈNES D'ADAPTATION A L'ALIMENTATION
DUODÉNALE :

Un premier fait frappant est la diminution des dimensions gastriques : qu'il suffise de comparer les clichés 1 et 2 d'une part, 3 et 4 d'autre part — cas où il s'agit d'ulcères juxta-cardiaques. On y voit une diminution notable du volume du corps de l'estomac, le bas-fond est remonté de 8 ou 10 cm. Il semble s'agir là de modifications fonctionnelles dues à l'absence de remplissage de l'estomac, rétraction que l'on peut rapprocher du petit estomac de la sténose œsophagienne.

En second lieu, on voit souvent une augmentation dans les dimensions du duodénum, surtout dans la

première portion, le pylore a généralement subi une ascension assez notable et s'est déplacé vers la gauche, si bien que la petite courbure présente un dessin différent.

2° AMÉLIORATION DES PHÉNOMÈNES ULCÉREUX.

a) Au niveau de l'infiltration périulcéreuse :

Il est très fréquent de voir des modifications importantes dans la zone périulcéreuse. Sur certains clichés, on voit l'encoche de la grande courbure diminuer de profondeur et l'aspect biloculaire disparaître (clichés 2, 4, 6, 8). On voit aussi certaines portions de la petite courbure perdre de leur rigidité et leur dessin rectiligne, pour acquérir de la souplesse et un dessin onduleux. Les clichés 1 et 2 sont très caractéristiques à ce point de vue — encore, s'agit-il là d'images figées et qui rendent mal compte de transformations qu'un radiologiste averti peut suivre par radioscopies successives au cours du traitement.

b) Au niveau de l'ulcère :

On note une disparition de la niche (clichés 3 et 4) et une diminution du cratère ulcéreux.

ETAT GÉNÉRAL

Les signes subjectifs que le malade ressentait avant l'intervention rétrocedent et disparaissent rapidement à la suite de cette intervention et ce, dans la totalité de nos observations. Cette disparition intégrale de la

douleur est un facteur très important car il permet une reprise de bon état général en permettant au malade un repos normal et une alimentation suffisante. Si la reprise de poids n'est pas de règle il faut noter que les différents malades dont nous rapportons les observations ne continuent pas à perdre de poids. Deux observations viennent, semble-t-il, démentir ce que nous venons de dire, mais il s'agit (observation XVI) d'une alimentation mal conduite ou (observation IV) d'une sonde mal en place.

Au cours de ce premier temps on observe donc :

- une mortalité nulle,
- la régression constante des signes objectifs et subjectifs, parfois même, leur disparition complète,
- l'amélioration de l'état général du malade.

II. — Gastrectomie

Parmi les observations qui nous ont été confiées, nous relevons :

- 4 — Polya.
- 1 — Polya Finsterer.
- 2 — Finsterer.
- 2 — Billroth II.
- 5 — Anastomose duodénogastrique type Péan.
- 3 — Gastro entéro-anastomose.

M. le Professeur Santy a pratiqué 3 gastro-entéro-anastomoses pour les raisons suivantes : dans l'observation N° XV, bien que la sonde ait été mal supportée,

les signes d'inflammation et d'infiltration périulcéreuse avaient régressé suffisamment pour qu'une gastrectomie soit possible. Mais l'âge de la malade la situation très élevée de l'ulcère ont fait préférer la gastro-entéro-anastomose. Pour l'observation N° XVII, l'indocilité de la malade qui a refusé la seconde intervention, a fait que, 19 mois après une guérison radiologique apparente on s'est trouvé devant un ulcère pénétrant dans le foie et une sténose pylorique. Seule une gastro-entéro-anastomose était réalisable. La troisième observation enfin, n° XVI, est celle d'une malade âgée de 73 ans, et c'est l'âge qui a fait reculer devant les risques d'une gastrectomie. Comme nous le voyons, la gastro-entéro-anastomose n'a jamais dû être pratiquée par impossibilité technique due à la lésion ulcéreuse elle-même, mais à cause de l'incompréhension de l'intéressé ou de la situation de l'ulcère, ou enfin de l'âge de la malade. Ces trois gastro-entéro-anastomoses sont suivies de résultats immédiats excellents.

Parmi les gastrectomies qui sont au nombre de 14, nous n'avons enregistré que deux décès : observations n° X et n° 1.

Pour ce qui est du premier, c'est un malade qui a refusé la seconde intervention, alors qu'au cours de l'alimentation par sonde, les signes radiologiques de l'ulcère avaient complètement disparu. Ce n'est que 34 mois après l'ablation de la sonde, que le malade souffrant à nouveau, se décide à l'intervention. On se trouva alors en présence d'un ulcère très volumineux, juxta-cardiaque, adhérent au corps du pan-

créas. Les conditions opératoires sont donc celles d'une gastrectomie en un temps et ce décès ne peut rentrer dans la statistique de mortalité de la méthode proposée.

La seconde observation, le malade est mort d'une affection cardio-pulmonaire dans les jours qui suivirent l'opération et ces risques font partie de toute intervention chirurgicale.

En résumé, nous pouvons donner comme succès :
— 13 gastrectomies — dont 12 bons résultats pour 1 décès, soit 92,30 % de succès, 7,7 % de mortalité.

— 3 Gastro-entéro-anastomoses : 100 % de succès.

Dans les suites immédiates, on a pu rencontrer tous les incidents qui accompagnent une gastrectomie en un temps, mais en plus de ceux-ci, il est à noter une suppuration assez fréquente au niveau de l'ancien orifice de gastrostomie et qui sera la cause d'une légère éventration chez 4 sur 15 opérés, soit 25 %.

Les résultats éloignés ne présentent peut-être pas la précision que l'on aurait pu en attendre, mais les circonstances actuelles et les événements qui se sont déroulés au cours des deux années précédentes ont accru les difficultés pour retrouver les malades de nos observations. Quoi qu'il en soit, il nous semble possible de dégager de cet exposé les faits suivants :

1° Si l'ulcère est laissé en place, son évolution peut continuer malgré la mise au repos et les améliorations obtenues, voire même la guérison apparente. Les observations où le malade a refusé la seconde in-

tervention, en sont la preuve de même celle où l'on n'a pu réaliser qu'une simple gastro-entéro-anastomose.

2° Les suites opératoires de la gastrectomie sont excellentes et la mortalité de 7,7 % est bien faible si l'on considère l'état du malade au début du traitement.

3° Quant aux suites éloignées nous n'avons que de bons résultats. Les malades ne souffrent plus, ce qui leur permet un repos normal seul fait qui suffirait à justifier une amélioration considérable de leur état général. On voit en effet ces cachectiques reprendre des couleurs, les muqueuses ont un aspect normal, l'œdème malléolaire a disparu. Une formule sanguine pratiquée dès cette époque permet de constater une amélioration considérable du taux des globules rouges; le temps de coagulation redevient normal. Une autre conséquence de la disparition des douleurs est la reprise d'une alimentation normale alors que si nous nous reportons à la malade de l'observation n° I cette pauvre femme s'imposait des restrictions supplémentaires à celles qui nous sont imposées actuellement. La reprise de poids bien que variable avec le mode de gastrectomie qui leur a été fait est considérable. Alors qu'après une gastrectomie chez un ulcéreux non cachectisé la reprise de poids est lente, il n'en est pas de même chez nos malades. Qu'il nous suffise de rappeler à ce propos l'observation n° XIV où la malade a repris 14 Kg. depuis la gastrostomie transpylorique soit en moins de deux ans. Amélioration de l'état général, disparition de

douleurs et avec elles de l'insomnie, bonne reprise de poids font de ces malades de véritables ressuscités qui peuvent reprendre leur travail ou leurs habitudes qu'ils avaient dû interrompre depuis de longues années.

QUELLES MÉTHODES PEUVENT PRÉTENDRE OFFRIR D'AUSSI
BONS RÉSULTATS CHEZ DE TELS MALADES ?

Certains auteurs ont proposé la gastrectomie d'emblée. Cette intervention donne une grosse mortalité : 30 %, 60 % d'après la statistique de Coenen. La gastrectomie en gouttière réalisée par Victor Pauchet a donné au début 24 % de mortalité et l'auteur n'a pu la ramener qu'à 17 %. La gravité de cette gastrectomie fait que certains auteurs ont préféré la gastro-entéro-anastomose qui est un pis-aller. Cette méthode est en effet très infidèle et si nous donnons 3 cas avec 3 très bons résultats c'est une exception.

Pour les ulcères haut situés, Madlener a proposé une thérapeutique consistant en une gastrectomie large sans toucher à l'ulcère lui-même. C'est l'opération à laquelle Monsaingeon dans sa thèse a donné le nom de Kelling-Madlener. Ce n'est pas une gastrectomie pour exclusion car l'ulcère n'est pas exclu du tube digestif. Les résultats de cette méthode sont très bons si l'on considère une statistique de 127 cas que Monsaingeon rapporte dans sa thèse :

Mortalité 2,3 %. Echecs pour cancérisation 3,5 %. Résultats médiocres 3,5 %. Bons et très bons résultats 79 %.

La mortalité est donc réduite, mais les résultats éloignés sont mal connus. L'ulcère n'est ni excisé, ni mis au repos, ni exclu du tube digestif. Il pourra dégénérer en cancer ou bien on peut en cours d'intervention confondre l'ulcère et le cancer. Si l'on ajoute à la mortalité les échecs pour cancérisation on a 6,8 % de mortalité ce qui est un résultat comparable à celui de la méthode que nous proposons.

Il ne faut donc pas que cette méthode soit une méthode de facilité et que de propos délibéré un chirurgien devant de tels malades recule devant la gastrectomie pour ablation de l'ulcère. Cette méthode ne devra trouver son indication que lorsque l'on est conduit à une gastrectomie totale.

La méthode que nous proposons réalise donc un progrès considérable sur la gastrectomie d'emblée et ses résultats sont comparables à ceux des gastrectomies étendues qui donnent une sécurité d'avenir pour des troubles minimes ce à quoi ne peut prétendre l'opération de Kelling Madlener.

CONCLUSIONS

I. — Entre des mains exercées la gastrectomie pour ulcère est devenue une intervention de très faible mortalité.

II. — Un nombre réduit d'ulcères gastriques se présentent cependant dans des conditions où l'exérèse immédiate est dangereuse. Ce sont :

les ulcères largement adhérents (ulcères phagédéniques);

les ulcères hauts situés sur la petite courbure (ulcères juxta-cardiaques);

les ulcères entraînant une dénutrition extrême (ulcères cachectisants).

III. — Dans le traitement de ces cas graves, M. le Professeur Santy depuis plus de vingt ans a recours à une méthode comportant deux interventions successives.

1° La première intervention est une gastrostomie transpylorique réalisée après exploration des lésions et estimation des dangers de l'exérèse immédiate. L'alimentation duodénale exclusive est maintenue pendant deux à trois mois. Les résultats obtenus du fait de la mise au repos de l'estomac se résument essentiellement à une amélioration de l'état général du

patient et à une réduction parfois surprenante des lésions ulcéreuses et inflammatoires.

2° La seconde intervention est en principe une gastrectomie large enlevant l'ulcère. Cette gastrectomie peut être faite suivant les techniques habituelles de Polya, Finsterer, Billroth II, Péan. L'anastomose gastro-duodénale à la Péan qui trouve ici des conditions favorables dans la gastralisation du duodénum permet les résections gastriques les plus larges (totales ou subtotaies). L'utilisation du bouton anastomotique de Villard lui donne une simplicité technique qui semble en faire la méthode de choix.

IV. — Les résultats obtenus par M. le Professeur Santy comptent 8 gastrectomies avec 8 bons résultats.

Cette méthode de patience et de prudence est donc capable de donner une mortalité bien inférieure à celle de la gastrectomie faite d'emblée. Dans le cas particulier des ulcères juxta-cardiaques, elle assure pour l'avenir une sécurité que l'opération de Madlener (gastrectomie laissant l'ulcère en place) ne saurait donner.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
SANTY.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 Novembre 1944.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GAU.

BIBLIOGRAPHIE

- P. ADREANI (Collé Val d'Elsa). — Contribution à l'étude du traitement de l'ulcère gastrique par la méthode de Schiassi (discontinuité nerveuse vago-sympathique). *Il Policlinico (Sezione Pratica)* an XXX, VII, n° 24, 16 juin 1930, pp. 873 à 877.
- ALBRECHT (Munsterlengen). — Résultats de la gastro-entérostomie pour ulcère gastrique. *Buträge zur klinischen Chirurgie*, tome LXX, fasc. 2, juni 1911, pp. 431-466.
- D.C. BALFOUR. — Traitement de l'ulcère gastrique par la cautérisation. *Surgery-Gynecology and Obstetrics*, t. XI, n° 6, pp. 528 à 530, octobre 1914.
- D.C. BALFOUR (Rochester). — Ulcère gastrique. Son traitement chirurgical par les méthodes conservatrices. *Surgery*, vol. 2, n° 5, novembre 1937, pp. 732 à 737.
- Le traitement de l'ulcus gastrique. *Mayo Clinic*, 1918.
- BASSET. — Duodénostomie à la Witzel. *Journal de Chirurgie*, 33 I, p. 698.
- P. BASTIANELLI. — (*Sezione pratica*. An XXXI, fasc. 34, 25 août 1924, pp. 1095 à 1106.
- BÉRARD et ALAMARTINE. — Accidents et technique de la jéjunostomie. *Revue de Chirurgie*, 10 mai 1913, t. 47, n° 5, pp. 660 à 677.
- BILLON. — La jéjunostomie dans l'ulcère et le cancer de l'estomac. *Annales internationales de Chirurgie gastro-intestinale*, 1909.

- M.L. BOCKUS (de Philadelphie). — L'alimentation jéjunale dans le traitement de l'ulcère peptique. *The Journal of the American Medical Association* (Chicago), t. 882, n° 5, 2 février 1924.
- BOSQUET. — La jéjunostomie. *Thèse Paris*, 1899.
- BRASSEUR. — De la jéjunostomie et principalement de la jéjunostomie en Y, au cours de l'ulcère de l'estomac en activité. *Thèse de Lille*, 1906.
- CARNOT, HARVIER, MATHIEU. — Les ulcères digestifs. *Paris*, 1922.
- CHAMBON Marc. — L'alimentation des gastrostomisés. *Lyon Médical*, 22 juin 1941.
- A. CHARRIER et J. VILLAR (Bordeaux). — L'opération de Balfour doit-elle être utilisée en chirurgie gastrique ? *Revue de Chirurgie*, tome LXVI, n° 5, pp. 333 à 346.
- Pierre CHOSSON. — La cure radicale de l'ulcère haut situé. Technique et résultats. *Thèse de Paris*, 1929.
- COFFEY. — Traitement des ulcères de la petite courbure de l'estomac. *Surgery. Gynecology and Obstetrics*, tome XI, n° 6, pp. 545 à 557, décembre 1910.
- A. COSTA. — L'alimentation duodénale en chirurgie. *Archivos das clinicas Cirurgicas Cambia*, tome II, 1931, pp. 160 à 187.
- René DAMADE (Bordeaux). — Ulcère de la petite courbure avec niche volumineuse, traité par alimentation duodénale. Guérison datant de trois ans. *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 11 novembre 1926.
- Alimentation duodénale et signes radiologiques d'un ulcère de la petite courbure. *Société de Médecine de Bordeaux*, 16 février 1933, 1^{er} décembre 1932.
 - Technique de l'alimentation jéjunale après gastro-entérostomie. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 10 mai 1933.

- DAVID. — De la jéjunostomie. *Thèse Paris*, 1907.
- J.B. DEEVER (Philadelphie). — Indications et abus de la gastro-entérostomie. *The American Journal of the medical Sciences*, tome CXXXIX, n° 5, mai 1910, pp. 655 à 664.
- DELORE et LERICHE. — A propos de la jéjunostomie par le procédé de Eiselberg et Witzel, *Lyon médical*, 1908.
- La pylorostomie, *Lyon médical*, 1906.
- DELORE et GIRARDIER. — Ulcère double de l'estomac à siège éloigné; ulcère juxta-cardiaque et pylorique associé. *Lyon médical*, 2 août 1926, pp. 209 à 213.
- DELORE, MALLET-GUY, VACHEY. — De la résection dans les ulcères adhérents de la petite courbure. Opération de Balfour. *Revue de Chirurgie*, 1925, tome LXIII, pp. 223 à 229.
- DELORE et GUILLEMINET. — De la valeur de la gastrectomie en deux temps. *Revue de Chirurgie*, 1920.
- DELORE et SANTY. — Les gastrectomies laissant l'ulcère en place. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} mars 1914.
- DELORE et THÉVENET. — Contribution à l'étude de la jéjunostomie. *Archives générales de Chirurgie*, 1908, n° 3, 25 mars, pp. 237 à 262.
- DOBRI DIMOFF. — *Minerva Medica*, 23^e année, tome I, n° 3, 21 janvier 1932.
- DONOVAN. — La jéjunostomie et l'opération de Witzel dans le traitement du cercle vicieux. *The British medical journal*, n° 3717.
- DUBS (Winterthur). — Résection ou gastro-entérostomie dans les ulcères gastriques éloignés du pylore. *Zentralblatt für chirurgie* 1922, tome XLIX, n° 4, pp. 108 à 109.
- DUMOULIN Gilbert. — L'ulcère juxta-cardiaque de l'estomac. *Thèse Paris*, 1924.
- Max EINHORN. — *Medical Record New-York*, 19 juillet 1919, tome XCVI, n° 3.

- Le Traitement des ulcères gastriques et duodénaux. *Medical Journal an Record*, tome CXXIV, septembre 1926, pp. 279 à 287.
- Amélioration par le traitement médical d'ulcères gastriques et duodénaux se traduisant à la radiographie par une déformation du viscère. *New-York Medical Journal*, vol. CXVI, n° 11, 6 décembre 1922, pp. 613 à 618.
- EISELBERG. — Traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Archives fur klinische Chirurgie*, 1920.
- ENDERLEN. — Le traitement de l'ulcère gastrique perforé et la jéjunostomie. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LII, n° 1, janvier 1926, pp. 13 à 15.
- R. FINOCHETTO et D. ZAVALETA. — Ulcères haut situés de l'estomac. *Revista medica latino-americano*, an 22, n° 258, mars 1937, pp. 611 à 670.
- FINSTERER. — Ulcère gastrique voisin du cardia. *Wiener klinische Wochenschrift*, an. 52, n° 17, 28 avril 1939.
- FOURNIER Jean. — Les ulcères géants et les ulcères haut situés de la petite courbure de l'estomac mis au repos par la gastrostomie transpylorique ; premier temps d'une exérèse secondaire. (A propos de quatre nouvelles observations). *Thèse Lyon*, 1939.
- GALINDEZ. — A propos des résultats éloignés de la gastro-entérostomie.
- GARIN, FROMENT, AMIC, DELORME. — La sécrétion gastrique déclanchée par la seule présence du tube d'Einhorn dans les voies digestives. *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 16 avril 1929.
- Excitation gastrique par la seule présence du tube d'Einhorn dans l'estomac. Dissociation de la dite sécrétion et de celle de l'olfaction dite d'épreuve. *Société des Hôpitaux de Lyon*, 26 février 1929.

- ALBAN GIRAULT. — La méthode d'Einhorn par gastrostomie et alimentation duodénale à la sonde. Gastrostomie prépylorique, méthode de choix, 1924. *Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition*, 1924, p. 652.
- A. GOSSET et G. LÆVY. — Ulcères de la petite courbure. *Presse médicale*, An XXXVII, n° 49, 19 juin 1929, p. 1971.
- GUÉRIN. — Les ulcères juxta-cardiaques de l'estomac. *Thèse Lyon*, 1920.
- H.M.W. GRAY (Aberden). — Considérations sur le fonctionnement de l'estomac et l'opération de gastro-entérostomie. *The Lancet*, 1908, 22 février, pp. 549-555.
- HAMANT. — L'ulcère de la petite courbure juxta-cardiaque et la méthode de Balfour. *Revue médicale de l'Est*, juillet 1922.
- HARTMANN et LECÈNE. — Traitement des ulcères de la petite courbure de l'estomac. *Rapport au congrès de New-York*, 1914.
- H. HARTMANN. — Les résultats éloignés du traitement des ulcères de la petite courbure. *Gazette des Hôpitaux*, tome CIII, n° 69, 27 août 1930, pp. 1229-1232.
- HENNING-HEINRICHS. — *Forschritte der Therapeutique*, mars 1927.
- STANLEY-HILLMANN. — La jéjunostomie dans le traitement d'un ulcère gastrique massif. *British medical journal*, 11 février 1933.
- HOCHNEGG (Vienne). — Gastro-entérostomie ou résection dans les ulcères de l'estomac. *Wiener klinische Wochenschrift*, tome XVIII, n° 2, 13 janvier 1910, pp. 52 à 54.
- N. HORTOLOMEÏ. — Gastro-entérostomie ou gastro-pyloréctomie large comme traitement des ulcères gastro-duodénaux. Résultats personnels. *Presse médicale*, An XXXVIII, n° 63, 6 août 1930, p. 1057.

- Sur la résection longitudinale falciforme plastique de l'estomac avec pyloroplastie comme traitement des ulcères gastriques siégeant sur la petite courbure. Septembre 1923.
- JEDLICKA. — Traitement opératoire de l'ulcère de l'estomac, *Prague*, 1904.
- KAISER (Halle). — La résection longitudinale de la petite courbure de l'estomac dans le traitement de l'ulcère gastrique. *Zentrablatt für Chirurgie*, 8 octobre 1921, tome XLVIII, n° 40, pp. 1454 à 1459.
- E. KLEIN. — Persistance de l'ulcère gastrique après gastro-entérostomie. *Annals of Surgery*, 1921, vol. LXXIV, n° 6, pp. 740 à 745.
- E. KUMMER (Genève). — Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères de la petite courbure de l'estomac. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, tome XIV, n° 5, mai 1924, pp. 389 à 454.
- LAZAR-MEIR. — La duodénostomie transgastrique. Contribution à l'étude des techniques de gastrostomie. *Thèse Paris*, 1936.
- R. LECLERCQ. — A propos d'un ulcère perforé traité par la mise en place d'une sonde dans la perforation. *Le Scalpel*, An 90, n° 21, 22 mai 1937, pp. 661 à 666.
- Pierre LE GEAC. — *Société chirurgicale de Paris*, 5 juin 1936.
- LEJARS. — De la jéjunostomie. *Société de chirurgie de Paris*, 20 juin 1906.
- LERICHE. — Comment faut-il réaliser l'exclusion du pyllore et du duodénum. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} juillet 1913, tome X, n° 1, pp. 27 à 34.
- Gastrectomie en gouttière dans le traitement des ulcères haut situés. 22 décembre 1928-16 avril 1929.

- De la gastrectomie annulaire médio-gastrique. *Annales internationales de Chirurgie gastro-intestinale*, 1906, janvier 1907.
- G. LUQUET (Paris). — Une technique de l'exérèse des ulcères haut situés de l'estomac. *Archives franco-belges*, XXVI, année n° 12, décembre 1923, pp. 1091 à 1100.
- MADLENER (Kempfen). — Résultats de la résection palliative dans les ulcères gastriques éloignés du pylore. *Zentrablatt für Chirurgie*, tome LVI, n° 43, 26 octobre 1929, pp. 2694 à 2696.
- Remarque sur la résection palliative dans les ulcères gastriques voisins du cardia. *Zentrablatt für Chirurgie*, tome LXVI, n° 7, 18 février 1939, p. 360 à 362.
- Pierre MALLET-GUY et P. MARION. — Gastrostomie transpylorique premier temps d'une gastrectomie pour ulcère de la petite courbure. *Société de chirurgie de Lyon*, 6 février 1941.
- MANNENGER (Budapest). — IV^e Congrès de Chirurgie de New-York, 1914.
- MANSELL et MOULLIN. — Etude clinique de la gastro-entéro-anastomose pour les affections non malignes de l'estomac. *The British Medical Journal*, 1908, n° 2480, 11 juillet, pp. 74-77.
- L'action de la gastro-entérostomie dans les ulcères gastriques qui ne s'accompagnent pas de sténose. *Communication au LXXVIII. Congrès de l'Association médicale britannique*. Londres 26-29 juillet 1910. In *British medical Journal*, n° 2596, 1^{er} octobre 1910, pp. 955-956.
- W.J. MAYO. — La jéjunostomie. *The American Journal of the medical sciences*, tome 143, n° 4, avril 1912, pp. 469-473.

- MICKULICZ. — Traité pratique de chirurgie. Traitement chirurgical de l'ulcère chronique simple de l'estomac. *Berlin klinische Woch.*, 1897.
- MONSAINJEON. — Les gastrectomies laissant l'ulcère en place. *Thèse Lyon*, 1939.
- MONTPROFIT. — Résultats et indications de la gastrectomie. *Archives de chirurgie*, janvier 1906.
- Manuel opératoire de la gastrectomie. *Archives provinciales de Chirurgie*, mars et mai 1906.
- Histoire de la gastrectomie. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1905.
- Chirurgie des affections bénignes de l'estomac. *1^{er} Congrès de la Société internationale de Chirurgie*, 1905.
- MOYNIHAN. — *British Medical Journal*, 1908, n° 2471, 9 mai, pp. 1092 à 1096.
- Diagnostic et traitement de l'ulcère gastrique chronique. *The British Medical Journal*, 1919.
- MUGNERY Charles. — De la gastrostomie prépylorique dans le traitement des ulcères de la partie supérieure de l'estomac (ulcères de la petite courbure cardiaque et juxta-cardiaque). *Thèse de Lyon* 1925.
- MULLER. — Traitement de l'ulcère gastrique par la thermocautérisation intragastrique et l'enfouissement de l'ulcère par autoplastie muqueuse.
- Gastrostomie prépylorique pour ulcère juxta-cardiaque.
- OBERTHUR Henri. — La gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Thèse Paris* 1926.
- PACE. — Ulcère calleux de la petite courbure. *Rinascenza medica*, An VI, n° 18, septembre 1929, pp. 427-426 et 1^{er} octobre 1929, pp. 450-453.
- PAUCHET. — Traitement de l'ulcère gastrique par la gastro-pylorostomie. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1917, p. 741.

- Traitement de l'ulcère juxta-cardiaque. *Paris Chirurgical*, 1923.
- *Presse Médicale*, 31 mars 1928, tome I, p. 403.
- PIERRE-ÉLOI PERIGORD. — Remarque sur le diagnostic et le traitement des ulcères pénétrants de l'estomac. *Thèse Paris*, 1926.
- PIOT. — Résultats obtenus par la radiothérapie. *Thèse Paris*, 1922.
- G. RAFFAELE. — *La Reforma medica*, tome XLI, n° 36, 7 septembre 1925. *Presse Médicale*, 1926.
- RIEDEL. — Sur l'ulcère de la petite courbure des parois antérieure et postérieure de l'estomac. *XXIII^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie*, 1904.
- ROSENBAACH (Postdam). — Résection ou gastro-entérostomie dans l'ulcère gastrique éloigné du pylore. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1921, tome XLVIII, n° 45, pp. 1654 à 1656.
- RUTHERFORD, MORISON. — Remarks on pylorotomy. *British Medical Journal*.
- SAINT-PAUL. — De la jéjunostomie dans l'ulcère floride de l'estomac. *Thèse de Toulouse*, 1911.
- SANTIER. — Technique et accidents de la jéjunostomie. *Thèse de Lyon*, 1912.
- SANTY. — Contribution à l'étude des ulcères chroniques du corps de l'estomac et des estomacs biloculaires par ulcère. *Thèse Lyon*, 1914.
- Etude expérimentale de l'ulcère chronique de l'estomac. *Lyon chirurgical*, décembre 1919.
- La gastrostomie temporaire dans les ulcères du corps de l'estomac. *Société de Chirurgie de Lyon*, 23 juin 1921 in *Lyon Chirurgical*, 1922, p. 92.
- Gastrostomie prépylorique dans les lésions étendues de l'estomac. *Société de Chirurgie de Lyon*, mars 1922 in *Lyon Chirurgical*, 1922, p. 653.

- Complications tardives d'ulcus gastriques traités par la méthode de Balfour. *Société de Chirurgie de Lyon*, Séance du 2 décembre 1926 in *Lyon Chirurgical*, tome XXIV, n° 1, janvier et février 1927, p. 123.
- La gastrostomie transpylorique dans les ulcères haut situés de la petite courbure de l'estomac. *Société de Chirurgie de Lyon*, 14 janvier 1937.
- A propos des gastrectomies pour ulcère largement adhérent. *Lyon Chirurgical*, juin 1939.
- VON SCHMIEDEN (Frankfort-sur-le-Main). — L'excision de la voie gastrique. *Zentralblatt für Chirurgie*, 20 octobre 1921, n° 42, pp. 1534-1538.
- SCHOMBERG. — La résection « palliative » (Résection par exclusion de Finsterer dans l'ulcère non extirpable de la petite courbure et du duodénum. *Bruns' Beiträge für klinischen Chirurgie*, tome CXXXVIII, n° 3, 1926, pp. 395 à 400.
- LÉO SCHULLER (Wurzburg). — Recherches cliniques et expérimentales sur les fonctions de l'estomac après la gastro-entérostomie et la pyloréctomie. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*.
- SEIDL (Vienne). — *Archiv für Verdauungs krankh.*, tome XXVI, 1920, Heft I et II.
- SERRE Louis. — Traitement de l'ulcère chronique du corps de l'estomac par la gastrostomie temporaire. *Thèse Lyon* 1921.
- SOLE. — A propos des résultats éloignés de la gastro-entérostomie.
- STARLINGER (Wien). — Résultats tardifs de la gastro-entérostomie dans l'ulcus gastrique et duodénal. *Wiener klinische Wochenschrift*, An 49, n° 17, 24 avril 1936, pp. 521 à 523.

- A.A. STRAUSS (Chicago). — Résection longitudinale de la petite courbure avec résection du sphincter pylorique. *The Journal of the American Medical Association* vol. LXXXII, n° 22, 31 mai 1924, pp. 1765-1770.
- TATLOW. — La jéjunostomie combinée à la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcus gastrique chronique. *The Lancet*, tome 183, n° 4656, 23 novembre 1913, pp. 1434-1435.
- TERRIER et HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac. *Paris* 1899.
- TISSERAND Gaston. — Les gastrectomies partielles non orificielles. *Thèse Lyon* 1906.
- TIXIER et CLAVEL — A propos de la jéjunostomie dans les gastrorragies graves. *Société de Chirurgie de Lyon*. Séance du 3 décembre 1931, in *Lyon Chirurgical*, tome 29, n° 2, mars-avril 1932, p. 245.
- VERDIN. — Duodénostomie et jéjunostomie. *Thèse Paris* 1898.
- R. MILNES WANCKE (Wolverhampton). — La technique chirurgicale dans les ulcères gastriques haut situés. *The British medical journal*, 3958, 14 novembre 1936, pp. 967-968.
- R. WANKE. — Etude comparative de la gastro-entérostomie et de la résection dans le traitement de l'ulcus gastrique. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CLXXXIX, n° 4, 6 janvier 1935, pp. 307 à 371.
- C.A. WELLS (Liverpool). — Opération pour ulcère gastrique haut placé. *The British medical Journal*, 6 mai 1933, pp. 778-779.
- WERTHEIMER et VACHEY. — A propos d'un ulcère de la petite courbure ayant nécessité trois interventions ; gastro-pyloréctomie si l'état le permet préférable à la gastro-entérostomie. *Société nationale de Médecine et de Chirurgie de Lyon*, 3 juin 1925.

— Gastrostomie transpylorique dans un cas d'ulcère juxta-cardiaque. *Société de Chirurgie de Lyon*, 14 janvier 1937.

WOSNESSENSKY (Rostoff-sur-le-Don). — Sur la technique de la résection des ulcères calleux de la petite courbure de l'estomac. *Zentralblatt für Chirurgie*, tome LV, n° 33, 18 août 1928, pp. 2061 à 2068.

